

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

JOSILDA TEREZINHA BERTULOZO FERREIRA

**TEIAS E REDES DE (DES)ENCONTROS: USUÁRIOS,
NECESSIDADES E OFERTAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
NO SUS – O CASO DO PRONTO ATENDIMENTO SÃO
PEDRO**

VITÓRIA

2008

JOSILDA TEREZINHA BERTULOZO FERREIRA

**TEIAS E REDES DE (DES)ENCONTROS: USUÁRIOS,
NECESSIDADES E OFERTAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
NO SUS – O CASO DO PRONTO ATENDIMENTO SÃO
PEDRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Duarte Lima.

VITÓRIA

2008

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

F383t Ferreira, Josilda Terezinha Bertulozo.
Teias e redes de (des)encontros: usuários, necessidades e ofertas dos serviços de saúde no SUS: caso do pronto atendimento São Pedro / Josilda Terezinha Bertulozo Ferreira. – 2008.
139f. : ilus.

Orientador: Rita de Cássia Duarte Lima.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Programa Saúde da Família. 3. Serviços médicos de urgência. I. Lima, Rita de Cássia Duarte. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU:61

JOSILDA TEREZINHA BERTULOZO FERREIRA

**TEIAS E REDES DE (DES)ENCONTROS: USUÁRIOS,
NECESSIDADES E OFERTAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO
SUS – O CASO DO PRONTO ATENDIMENTO SÃO PEDRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 05 de Agosto de 2008.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Duarte Lima.
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Maristela Dalbello Araujo
Universidade Federal do Espírito Santo
(membro interno – titular)

Prof.^a Dr.^a Sheilla Diniz Silveira Bicudo
UNIVIX – Faculdade Brasileira
(membro externo – titular)

Prof.^a Dr.^a Ethel Leonor Noia Maciel
Universidade Federal do Espírito Santo
(membro interno – suplente)

Prof.^a Dr.^a Sara Ramos da Silva
Centro Federal de Educação Tecnológica - ES
(membro externo – suplente)

Dedico este trabalho ao meu Preto, marido querido, que sempre acreditou e estimulou meus projetos de vida. Que com muito orgulho, admiração e respeito me incentivou e apoiou incondicionalmente. Seu companheirismo incansável foram propulsores nesta caminhada por vezes cansativa e insegura, mas sempre desafiante.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pela sua forte presença em minha vida, pelos seus ensinamentos diários e por me fazer crer que tudo posso Naquele que me fortalece.

À minha querida mãe Zilda (*in memoriam*) e ao meu pai José, a quem devo tudo que sou, especialmente pelo dom da vida, pelo exemplo de força e de fé, e, ainda, a linguagem do amor, da persistência, da luta e da conquista.

Aos meus filhos maravilhosos, Rafael e Gabriela, que encham de alegria, esperança, e luz a minha vida.

Ao meu amoroso marido, pela paciência e disponibilidade para ouvir, de modo especial, as ansiedades, angústias, inseguranças e medos. Seu incentivo, encorajamento e confiança foram cruciais para a viabilização desta dissertação.

Aos meus queridos irmãos, Ricardo, Josiane e Antonio Carlos, por ajudarem a manter a união familiar, principalmente nos momentos difíceis.

Aos usuários do Pronto Atendimento da Policlínica São Pedro, motivadores e participantes desta pesquisa, pela disponibilidade em partilhar comigo suas experiências junto aos serviços de saúde, prestando informações imprescindíveis para a realização deste estudo.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pelo conhecimento transmitido e pela oportunidade de aprendizado e crescimento.

À professora Rita de Cássia Duarte Lima, pela confiança e respeito a minha trajetória profissional, pela liberdade da descoberta e por acompanhar o percurso deste trabalho.

Às professoras Marta Zorzal, Sheila Bicudo e Maristela Araujo pelas contribuições para o desenvolvimento desta dissertação.

À professora Sara Ramos pela oportunidade de conhecer a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, e, ainda, por sua fé na vida fazendo-me acreditar que era capaz de realizar este trabalho.

Aos colegas Tiago, Edson, Paula, Arianne, Cláudia Moreira, Cláudia Reposi, Carolina, Verúcia e Kelly pela convivência e oportunidade de troca de conhecimento, alegrias e preocupações.

Às amigas do coração Karina, Kátia, Cecília e Roberta. O carinho, o amor fraternal e o apoio recebido em todas as horas, foram o alicerce para trilhar o caminho na busca deste ideal.

Às amigas Margareth, Estela, Renata, Marisa e Luciana pela amizade fortalecida nas trocas durante o percurso do mestrado.

Às amigas Hélia Márcia, Arlete Frank e Luzimar Luciano, responsáveis por despertar meu interesse no mestrado.

Às amigas Tânia Fonseca, Cirlene Caser, Elizabeth Madeira, Célio Márcia, Sheila Cruz e Regina Diniz pelo incentivo e apoio durante a trajetória percorrida.

À Secretaria Municipal de Saúde de Vitória por ter autorizado a realização desta pesquisa e a Direção da Policlínica São Pedro pela receptividade e apoio na obtenção dos dados.

A Dorian Smarzaró, Ana Lúcia França e aos colegas de trabalho pelo apoio e incentivo.

À amiga Luciene Gonçalves, companheira de ideais, ouvinte e conselheira, que esteve ao meu lado, incentivando com confiança o término desta jornada.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

“Todo sistema de serviços de saúde possui duas metas principais. A primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda meta, e igualmente importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde”.

Bárbara Starfield.

RESUMO

O fortalecimento da Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) para reorientação do modelo assistencial não tem alterado o cenário histórico de preferência dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) por serviços de emergência e urgência, como os de pronto atendimento (PA). Identificar os principais fatores que levam os usuários a buscar o PA de uma Região de Saúde que tem 100% da sua população coberta pela ESF é o objetivo principal dessa pesquisa. O interesse dá-se exclusivamente pela opinião dos usuários a partir das suas experiências prévias na utilização dos serviços de saúde. Obter uma visão mais abrangente sobre a organização desses serviços compreende focalizar o ponto de vista de quem os utiliza. Para o desenvolvimento da pesquisa foi adotada a abordagem qualitativa. Os dados obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas foram tabulados utilizando a estratégia do Discurso do Sujeito Coletivo. Sua análise teve por base o método de Análise de Conteúdo segundo Bardin (1979). Os resultados apontam para a deficiência na forma de organização das unidades de saúde da família (USF) em virtude da dificuldade de acesso e da falta de resolutividade para os problemas de saúde dos usuários. O acesso funcional é o mais comprometido no que diz respeito a disponibilidade de recursos materiais e de profissionais de saúde, especialmente no que se refere ao profissional médico. A resolutividade está associada a menor disponibilidade e agilidade no atendimento prestado. Tais fatores são os principais motivadores da procura pelo PA para situações complementares ao atendimento iniciado nas USFs e também para situações de não-urgência, apesar de ser do conhecimento dos usuários que o PA é um serviço de referência para as situações de urgência. Outro resultado interessante são as propostas operacionais que emergem para melhorar a organização dos serviços prestados pelas USFs, de forma a responder com atendimento qualificado ao que é buscado em outros serviços. Na perspectiva do modelo centrado no usuário, objetivando a integralidade da atenção por meio de ações preventivas e promocionais além das curativas, promovidas por conhecimento multidisciplinar e por mudança nas práticas do trabalho em saúde, o estudo evidencia a necessidade de garantir o acesso do usuário ao sistema de saúde, pelos seus mais variados pontos de entrada, capacitados para realizar o acolhimento e atendimento da

demanda apresentada, e, posteriormente, conduzindo-a de modo adequado e oportuno ao território de saúde responsável para continuidade do cuidado ao longo do tempo.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Programa Saúde da Família. Serviços médicos de urgência.

ABSTRACT

The implementation of the Family Health Strategy (ESF) as a mean to improve primary health care and redirect the model of health assistance hasn't been able to change the historical predilection of Vitoria's Single Health System (SUS) users for emergency health services. Identifying critical reasons that lead users to seek assistance at the Emergency Unit (PA) of a territory completely covered by ESF is the main objective of this study. The present study focuses on user's opinions on health services based exclusively on their previous experiences. Obtaining an extensive understanding on the organization of these services requires comprehending the point of view of those who use it. A qualitative approach was used for the development of the study. Information acquired through semi-structured interviews was tabulated using as strategy the Discourse of the Collective Subject. Its analysis was based on the Content Analysis method proposed by Bardin (1979). Results indicate deficiencies on the organization of Family Health Units (USF) due to poor accessibility and lack of resolution to user's health issues. Functional accessibility is the most compromised because of insufficient resources and health professionals, mainly doctors. Resoluteness is associated to minor availability and low agility of health care. These factors are the central reasons for seeking at Emergency Units (PA) complementary treatments to the ones already initiated on the USFs and also for non-urgent situations, even though it is known by population that Emergency Units (PA) are a reference service for health emergencies only. Another interesting result extracted from the interviews regards the operational suggestions given by users to improve the assistance and care provided by USFs. These suggestions should be embraced by the USFs so that they become able to respond with quality care and assistance to the demands taken by users to other health services. Into the perspective of a health system focused on users, aiming for integral care through preventive and health promoting as well as curative actions and carried on by multidisciplinary knowledge and practical changes on work process in health, this study shows the need to guarantee user's access to health system through its various access points, the capacity of health system to embrace and respond to user's demands and afterwards lead them, in an appropriate and opportune way, to the specific health territory responsible for managing long term assistance.

Key words: Single Health System. Family Health Program. Emergency Medical Services.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica de Saúde

AC – Ancoragem

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CLS – Conselho Local de Saúde

CMS – Conselho Municipal de Saúde

DCS – Discurso do Sujeito Coletivo

ECH – Expressões-chave

ESF – Estratégia Saúde da Família

IAD1 – Instrumento de Análise do Discurso 1

IAD2 – Instrumento de Análise do Discurso 2

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

PA – Pronto Atendimento

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PMV – Prefeitura Municipal de Vitória

PS – Pronto Socorro

PSF – Programa Saúde da Família

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde de Vitória

SILOS – Sistemas Locais de Saúde

SISS – Sistema Integrado de Serviços de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para Infância

SUMÁRIO

1	TEMPORALIDADE DA AUTORA.....	16
2	INTRODUÇÃO.....	18
3	DO CAMPANHISMO AO SUS: UM LONGO CAMINHO PARA A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	25
3.1	SAÚDE: UM DIREITO DE CIDADANIA?.....	27
3.2	OS SERVIÇOS DE SAÚDE: PORTAS DE ENTRADA E SAÍDA COMPLEXAS.....	32
3.2.1	Estruturas assistenciais e seu papel na saúde e na vida das pessoas.....	32
3.2.2	Teias e redes de (des)encontros: usuários, necessidades e ofertas dos serviços de saúde no SUS.....	37
4	ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: REORIENTANDO AS ENTRADAS NO SISTEMA DE SAÚDE.....	47
4.1	SAÚDE DA FAMÍLIA: MODELOS EM DISPUTA.....	55
4.2	MODELOS TECNOASSISTENCIAIS: AVANÇOS E DESAFIOS DA ESF... ..	62
5	A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA: SINGULARIDADES E PERCURSO SANITÁRIO.....	67
5.1	A REGIÃO DE SÃO PEDRO E SUA TRAJETÓRIA NO CONTEXTO SANITÁRIO DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA.....	72
6	METODOLOGIA.....	79
6.1	DESENHO DA PESQUISA.....	79
6.2	CENÁRIO DA PESQUISA.....	79
6.3	SUJEITOS DA PESQUISA.....	80
6.4	COLETA DOS DADOS.....	81
6.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	83
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	87
7.1	AS PERCEPÇÕES DO SUJEITO COLETIVO SOBRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	87
7.1.1	Conhecimento sobre a Estratégia Saúde da Família.....	87
7.1.2	Funcionamento e Resolutividade das Unidades de Saúde da Família.....	90
7.1.3	O que pode melhorar nas Unidades de Saúde da Família segundo as percepções do sujeito coletivo.....	100

7.2	AS PERCEPÇÕES DO SUJEITO COLETIVO SOBRE A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA REGIÃO DE SAÚDE DE SÃO PEDRO.....	105
7.2.1	Portas abertas e entreabertas e as possibilidades de acesso para os usuários.....	105
7.2.2	Portas de entrada: o Pronto Atendimento abrindo-se às necessidades de saúde.....	109
7.2.3	Situações motivadoras da procura pelo Pronto Atendimento.....	112
7.2.4	Problemas de saúde e sua relação com a procura pelos serviços.....	116
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	120
9	REFERÊNCIAS.....	125
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	134
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	135
	APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DO DISCURSO 1 DA QUESTÃO N.º 7.....	136
	APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DO DISCRUSO 2 DA QUESTÃO N.º 7.....	138
	ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	140

1 TEMPORALIDADE DA AUTORA

Ao concluir o curso de Odontologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), em 1982, ingressei no serviço público, inicialmente com atuação na área clínica. Com o passar do tempo, fui envolvendo-me com o gerenciamento dos serviços em que estava inserida e percebendo minhas limitações quanto ao conhecimento mais abrangente sobre saúde e as ferramentas de gestão, principalmente aquelas necessárias à ampliação de minhas atividades profissionais.

Nessa busca, titulei-me especialista em saúde pública e, em seguida, passei a coordenar um projeto de descentralização das práticas sanitárias na unidade de saúde responsável pela segunda maior região de saúde do município de Vitória – a Região do Forte São João, com participação ativa nos processos de mudança do modelo assistencial a partir da territorialização, com definição da área de abrangência das Unidades de Saúde, elaboração dos Diagnósticos Situacionais de Saúde e implantação de Conselhos Locais de Saúde (CLSs).

Quando o município de Vitória optou pela implantação do Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia para efetivação dessa mudança, como um novo modelo de atenção, participei ativamente das discussões que permearam a tomada de decisão, integrando, como sanitarista, a segunda equipe de saúde da família do município, na Unidade de Jesus de Nazareth.

Cada vez mais comprometida e implicada na construção do modelo de atenção pautado na prática da vigilância à saúde, fui gestora do Departamento de Ações Integrais de Saúde, na Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), por quatro anos, e, no início de 2005, assumi a gestão do PA, da Região de São Pedro. Este PA está localizado na Policlínica da mesma região, que foi a primeira a contar com equipes de saúde da família e ter 100% da população coberta pela ESF.

Sendo o PA uma unidade com a missão de atender situações de urgência e condições agudas de doenças, observei, durante 8 meses de gestão, uma procura acentuada dos usuários dessa região por esse serviço, o que, em vários e freqüentes momentos, gerava uma sobrecarga para o mesmo, uma vez que esta procura muitas vezes se dava de forma inadequada, em função de uma demanda não atendida pelas USFs presentes e atuantes naquela mesma região. Tal situação

trouxe-me uma enorme insatisfação e inquietação, uma vez que a Policlínica São Pedro tem por finalidade organizar a atenção secundária e prestar serviço de PA.

Sabendo que, exceto as urgências, a porta de entrada do sistema de saúde, ou seja, o primeiro contato dos usuários deve ser preferencialmente pelos serviços do primeiro nível de atenção, neste caso uma USF, considero que a situação vivenciada necessita de estudos mais aprofundados, no sentido de verificar sua magnitude e sua influência na produção das ações de saúde, bem como fundamentar a formulação de políticas inovadoras.

Com minha inserção no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva foi oportunizada a possibilidade de realização de tal estudo. Dessa forma, espero que os resultados da presente pesquisa possam ser utilizados de forma estratégica no planejamento e nas intervenções, a fim de subsidiar mudanças de rumo ou indicar lacunas de decisões já tomadas na política de saúde do município de Vitória.

2 INTRODUÇÃO

A saúde é um direito fundamental de todo ser humano. Seus determinantes e condicionantes compreendem vários fatores, como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, além do acesso aos bens e serviços essenciais. Complementa-se esse pensamento fazendo abordagem aos serviços, especificamente os de saúde, julgando pertinente conceituar o sistema brasileiro de saúde, que segundo a Lei Orgânica da Saúde, n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990: é “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público [...]” (BRASIL, 1990a, p. 2).

Nesse contexto, faz-se necessário acrescentar que, para alguns autores, a saúde está relacionada de forma predominante com os determinantes sociais. Outros, no entanto, apesar de concordarem com a idéia anterior, argumentam que os serviços de saúde também têm sua importância para a saúde propriamente dita. Starfield (2002), por exemplo, afirma haver evidências de que a organização adequada de um sistema de serviços proporciona resultados efetivos na expectativa de saúde das populações, quer dizer, no número de anos, a partir do nascimento, que uma pessoa viverá com boa saúde.

Mendes (2001) argumenta haver consenso de que os sistemas de serviços de saúde vivem uma crise em nível universal, a qual se exprime na acentuada iniquidade, na ineficiência, na ineficácia e na insatisfação dos cidadãos.

A iniquidade materializa-se na Lei da Atenção Inversa de Hart, a qual narra que a disponibilidade da atenção à saúde varia na razão inversa das necessidades sanitárias das populações, ou seja, o acesso aos serviços de saúde ocorre de forma não igualitária. Já a ineficiência expressa-se pelo constante incremento sem controle dos gastos com o sistema de saúde, uma vez que o modelo assistencial hegemônico concentra seus gastos em procedimentos de alto custo e baixo impacto na saúde das pessoas. Complementarmente, a ineficácia é dada pela inexistência de correlação entre o aumento dos gastos em serviços de saúde e a melhoria dos níveis de saúde das populações. Finalizando, a crise dos sistemas de saúde tem

ocasionado uma insatisfação crescente e generalizada da população com os seus serviços de saúde (MENDES, 2001).

Esse autor traz ainda que algumas correntes de pensamento buscam explicar a natureza e a razão dessa crise. Dentre elas destacam-se a racionalista, a sistêmica e a estruturalista. Os defensores da racionalista alegam que as ineficiências do próprio setor, no que diz respeito ao desequilíbrio entre as forças propulsoras de expansão dos referidos sistemas e os mecanismos para sua limitação, são responsáveis pela instauração da crise. Em contrapartida, os que advogam a favor da explicação sistêmica responsabilizam os incentivos para a expansão das estruturas dos serviços bem como das práticas sanitárias medicocentradas, hegemônicas no sistema de saúde vigente.

Considera-se mais oportuno destacar a corrente explicativa estruturalista, uma vez que associa tal crise à prática sanitária hegemônica, ou seja, à prática predominante nos serviços de saúde que está pautada no paradigma flexneriano contemplado pelo mecanicismo das ações, pela lógica do biologicismo, pelo foco no individualismo, pela valorização do especialismo norteados pelo tecnicismo e centrado no curativismo. Essa composição do sistema de serviços de saúde mantém a concepção de saúde como ausência de doença. Não acompanha a importante ampliação do conceito de saúde como produção social, portanto requerente de mudanças significativas nas práticas de saúde, tornando-as mais abrangentes e integrativas, focadas em ações muito além das curativas e reabilitadoras, com enfoque preferencialmente nas preventivas e promocionais, extensivas aos indivíduos e às coletividades (MENDES, 1985).

Reafirma-se que os sistemas de serviços de saúde objetivam oferecer às pessoas, equitativamente, um bom nível de saúde, de forma a atender as reais necessidades de proteção aos riscos de adoecer, como também a corresponder às expectativas de todos os cidadãos. O que não se constitui, segundo Mendes (2001), em tarefas facilmente exeqüíveis, devido, entre outras questões, às suas características próprias, tais como enorme capilaridade no sistema; dificuldade de consensos na formulação de políticas de saúde, decorrente de julgamentos pessoais sobre os sistemas; dominância profissional sobre os usuários pela assimetria de informações; indução da demanda pela oferta de determinados serviços e não outros; tendência de a disponibilidade de atenção à saúde variar inversamente às necessidades da

população e, por fim, a necessidade de construção de uma rede de atenção contínua, pautada na facilidade de acesso.

Para tanto e diante de tamanha complexidade e da diversidade de dimensões envolvidas na crise dos sistemas de serviços de saúde, no caso do Brasil, segundo Mendes (2001), desde os anos 80 do século passado, todo um movimento de reação à referida crise veio consolidando-se e criando condições para realização de mudanças profundas em todo o sistema de saúde, processo esse que ficou conhecido como Movimento pela Reforma Sanitária.

Vale frisar que o sistema de saúde brasileiro transitou do sanitarismo campanhista, vigente desde o início do século XX, passando para o modelo médico-assistencial privatista, a partir de 1965, o qual permaneceu até o final dos anos 1980, momento em que o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira confluiu para o debate Constituinte, materializando, na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e nas Leis Orgânicas da Saúde, a de n.º 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e a de n.º 8.142/90 (BRASIL, 1990b), suas grandes reivindicações. Com isso, o modelo de saúde resultante desse processo contempla como sistema público o SUS, que está sendo construído como produto das propostas que, por muitos e muitos anos, vêm sendo fomentadas por esse movimento social (MENDES, 2001).

A solicitação de respostas para as necessidades de saúde dos usuários pode ser traduzida como a demanda por serviços de saúde. Essa busca pode compreender desde solução para questões mais abrangentes, dentre elas as sócioeconômicas e culturais, como pode realizar-se por meio de ações de saúde que o serviço oferece, especialmente consultas, exames e medicamentos, entre outras.

Tal procura está relacionada com alguns fatores que interferem diretamente na escolha do serviço pelo usuário. É o caso da gravidade ou urgência do problema, atenção resolutiva, disponibilidade tecnológica, ausência de barreira de acesso, acolhimento efetivo, vínculo entre usuário e serviço e experiências positivas vividas e sentidas em outros momentos de suas necessidades.

Destaca-se que o acesso é uma das características dos serviços de saúde, podendo ser abordado sob enfoque funcional, cultural, econômico e geográfico. Compreende a localização do serviço de saúde próxima da população, horários e dias disponíveis para atendimento e também a receptividade para a demanda espontânea.

Pela experiência profissional desta pesquisadora foi possível constatar que a barreira funcional define a procura por um ou outro serviço de saúde. Dessa forma, pode-se considerar que a baixa resolutividade e qualidade da atenção prestada pelos serviços, juntamente com a cultura da população são questões que beneficiam a procura por assistência médica em qualquer dos serviços que tenham a porta aberta para os usuários.

Também não se pode desconsiderar que a demanda por serviços é de modo geral maior que a oferta. Essa desproporção ocasiona a busca por atendimento no lugar onde houver mais chance de portas de entrada, que são geralmente associadas aos serviços de urgência e emergência, pelo fato de terem a agilidade no atendimento e a concentração de recursos de saúde como suas características.

Assim, os serviços de Pronto-Socorro (PS) e de PA pelas características já citadas, são atrativos para muitos usuários que por isso os superlotam, mesmo que atuem apenas sobre a queixa principal e de forma totalmente impessoal, não estabelecendo o vínculo tão necessário para efetivar o cuidado ao longo do tempo, por ser de caráter momentâneo e pontual.

A Política Nacional de Atenção às Urgências¹ (BRASIL, 2006a), traz claramente que os PAs objetivam acolher os casos agudos que exigem intervenção imediata, dentro do pressuposto de que a ausência do atendimento pode acarretar o agravamento do quadro clínico, ou a própria gravidade imponha a necessidade da consulta, que se dará de forma direcionada às queixas apresentadas.

A partir do PA o usuário poderá receber um tratamento sintomático, ter um tratamento ambulatorial estabelecido, ficar em regime de observação, ser internado para tratamento hospitalar ou ser transferido para tratamento em serviço de maior complexidade.

Estudiosos do sistema de saúde, como Franco e Merhy (2003), afirmam que o grande desafio do PSF,² isto é, a mudança do modelo de saúde médico-centrado, hegemônico, para o centrado no usuário, está em vencer a burocracia do acesso aos serviços de saúde. Essa mudança pode-se dar, entre outros meios, pela inclusão do atendimento às urgências nas agendas de trabalho das equipes, visando

¹ Essa política será tratada com maiores detalhes no item 3, subitem 3.2.1.

² A utilização das denominações PSF e ESF neste estudo está explicada no item 4, subitem 4.1.

com isso à integralidade da atenção. Nesse sentido, é importante que se faça uma reflexão sobre como tem sido o cotidiano das práticas profissionais nos vários momentos de encontro com os sujeitos, ou seja, se as atitudes estabelecidas estão realmente de acordo com as singularidades desses momentos.

Assim sendo, a ESF propõe-se a valorizar os sujeitos e a participação destes nas decisões sobre o funcionamento dos serviços de saúde bem como na priorização e resolutividade dos problemas locais de saúde e na satisfação de suas necessidades vividas e sentidas.

Os estudos sobre a organização dos serviços focalizam de modo geral o ponto de vista dos gestores, dos profissionais ou das equipes de saúde. Esse fato suscita nesta pesquisadora uma preocupação relevante, uma vez que somente quem faz uso desses serviços tem condições reais de dizer se eles os atendem ou não. Sendo assim, é fundamental ampliar o foco desses estudos, incluindo também os usuários como atores imprescindíveis no processo organizativo, que deve ser feito não para eles e sim com eles.

Essa perspectiva analítica é também compartilhada por Matumoto (2003) que, ao realizar um estudo sobre a ESF, relata a não-inclusão do usuário como ator principal de sua própria vida e da co-responsabilidade na produção do seu cuidado junto com a equipe de saúde. Fica evidente que a participação social, tão necessária e importante nesse cenário, ainda é incipiente, e a população, de um modo geral, não participa efetivamente das decisões sobre o que lhe diz respeito.

É importante salientar que o referido estudo mostra, de forma enfática, que, a presença do usuário, denominado o “outro”, como co-responsável pela sua saúde e vida, está justamente sinalizada pela sua ausência. Mostra ainda que essa ausência no processo de decisão dos serviços de saúde reproduz o modelo hegemônico, médico-centrado, para cuja melhoria não contribui. Muito pelo contrário, dificulta a consolidação do modelo de atenção centrado no usuário, pautado nas singularidades dos indivíduos, bem como na realidade epidemiológica da comunidade na qual estão inseridos. Essa melhoria será mais eficaz e eficiente pela abrangência de suas ações, no sentido da promoção da saúde e da qualidade de vida.

Considerando, portanto, que focalizar o ponto de vista do usuário é crucial para se obter uma visão mais abrangente sobre a organização dos serviços de saúde, é que se busca realizar o presente estudo tendo o usuário como principal foco de atenção. A intenção é incitar o debate, ampliando o foco para além dos usualmente mais abordados — gestores e profissionais — para os que têm sido pouco estudados: os usuários. Espera-se poder colaborar com mudanças pertinentes e tomadas de decisão pelos gestores, que levem em conta a perspectiva dos usuários. Ou, dito por outras palavras, contribuir com processos que possam conduzir à prática diária do compartilhamento do diagnóstico de necessidades, por meio da integração à “voz do outro”, que ultrapassa a formação de um vínculo (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Diante de tais reflexões bem como de toda experiência vivenciada no sistema de saúde do município de Vitória, algumas inquietações tornaram-se norteadoras desse processo, na busca por respostas aos seguintes questionamentos:

- Os usuários sabem que os serviços de saúde têm funções diferenciadas para atender os seus problemas de saúde?
- Os usuários têm conhecimento de qual serviço procurar para obter respostas aos seus problemas de saúde?
- Os usuários têm consciência dos fatores que os induzem a ter o PA como referência para os seus problemas de saúde não urgentes?

Procurando entender a elevada demanda por atendimento ambulatorial na Policlínica São Pedro pelos usuários que poderiam ter seus problemas solucionados nos serviços da Atenção Básica é que emerge o objeto deste estudo – o usuário que frequenta o PA – ator principal do cenário que, portanto, precisa ser ouvido.

Finalmente, a busca de respostas para as questões colocadas constitui fator de grande relevância para a organização da atenção à saúde, de forma integral e resolutiva, no sentido da consolidação do SUS em Vitória.

Assim sendo, esta pesquisa tem como objetivos:

- Identificar os principais fatores que levam os usuários a buscar atendimento no PA;
- Identificar a percepção dos usuários sobre a oferta de serviços de saúde na Região de Saúde de São Pedro;

- Captar as proposições dos usuários com relação ao funcionamento dos serviços para resolver os seus problemas de saúde.

Como primeira hipótese desta pesquisa, parte-se do pressuposto de que os usuários, devido ao fato de historicamente sempre terem utilizado o sistema de saúde moldado pelo modelo hospitalocêntrico, não compreendem a natureza do serviço fundado na lógica de rede que o SUS vem implementando, em especial por meio da ESF. E, como segunda, toma-se como pressuposto que há falhas na organização dos serviços, principalmente em termos de acesso, acolhimento e vínculo com a USF.

A escolha do PA da Policlínica São Pedro como referente empírico dessa pesquisa prende-se às seguintes constatações: a) apesar de a Região de São Pedro ter em seu quadro de serviços de Atenção Básica 100% de USFs, pesquisas realizadas pela SEMUS em 2000 apresentam dados de uma elevada procura das famílias dessa região pelo PA; b) as doenças e queixas mais comuns, encaminhadas pela triagem do PS ao Ambulatório I do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, eram passíveis de atendimento e resolução pelas equipes da ESF; c) a crescente procura por atendimento nesse PA nos últimos anos,³ apesar dos investimentos na Atenção Básica de Saúde (ABS), leva a reflexão sobre a efetividade das ações assumidas pelo sistema de saúde municipal, especialmente no âmbito da Região de Saúde de São Pedro (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2001a).

³ Os dados informados constam do Boletim Único de Produtividade, sistematizados em nível municipal, obtidos por meio da tabela Unidade da Saúde PA São Pedro/município de Vitória/Procedimentos – ESPECIALIDADES, em 12 jun. 2008

3 DO CAMPANHISMO AO SUS: UM LONGO CAMINHO PARA A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

O sistema sanitário brasileiro tem passado por inúmeras mudanças em decorrência de todas as transformações ocorridas no País, tanto nos campos econômico e sociocultural, como no campo político.

Muitos autores, entre eles Almeida, Chioro e Zioni (2001) e Carvalho, Martin e Cordoni Jr. (2001), relatam que, do final do século XIX até meados da década de 1960, se adotou como modelo hegemônico de saúde o sanitarismo campanhista, que objetivava combater as doenças utilizando estruturas verticalizadas para operacionalizar e efetivar suas atividades nas comunidades e cidades.

Ainda Almeida, Chioro e Zioni (2001) acrescentam que, a partir da década de 1950, com a aceleração do processo industrial e o incremento na saída dos grupos populacionais da área rural para os centros urbanos, houve uma acentuada demanda por assistência médica. Esse período contemplou a construção da maior parte dos hospitais públicos do País, como também a adoção, de forma crescente, do modelo de saúde americano, por meio de incremento indiscriminado do aparato tecnológico, caracterizando assim uma saúde hospitalocêntrica.

Posteriormente a esse período, consolidou-se outro modelo, o médico assistencial privatista, que apresenta, à luz dos autores Oliveira e Teixeira (1986), como características principais, o privilegiamento da prática médica assistencialista e especializada, prestada por serviços próprios ou não, voltada apenas para o indivíduo dentro de um enfoque curativo, e não para a saúde de coletivos, ainda de caráter contributivo, beneficiando apenas os trabalhadores da economia formal e seus dependentes.

Com a desarticulação dos serviços de saúde existentes e com as evidências de transtornos à saúde da população em consequência do modelo vigente, emergiu em meados dos anos 1970, articulado por profissionais de saúde e sanitaristas um movimento no sentido de mudar a lógica desse modelo, culminando nos alicerces político-ideológicos para o surgimento do movimento pela Reforma Sanitária (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR., 2001).

Vale acrescentar que a necessidade de ampliação das possibilidades de acesso à assistência à saúde para toda a população, percebida por intelectuais, parlamentares, sindicalistas, profissionais de saúde, entre outros, não era uma situação particular do Brasil, ou dos países em desenvolvimento. Na verdade, fazia-se necessário ampliar o direito a essa igualdade de acesso para a população em âmbito mundial. Assim, em 1978, em Alma-Ata, ocorreu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde⁴ “[...] expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo [...]”, que declara e conclama para atendimento da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1978).

Em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, que contou com a participação de cerca de quatro mil pessoas entre usuários, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e gestores. A Conferência constituiu-se em importante marco de posição política e formulação das propostas de mudança do setor saúde e ainda proporcionou debates no sentido de tornar claros os objetivos dos cuidados primários de saúde, bem como de um sistema de saúde pautado nas suas diretrizes. Mendes (2006) classifica-a como o evento político-sanitário mais importante da década, ressaltando ainda que seu caráter democrático, já mencionado, e sua efetivação de forma processual, por meio das etapas nos níveis municipais e estaduais, a diferenciaram das anteriores.

Como produto dessa Conferência foi institucionalizada a formatação de um Projeto da Reforma Sanitária, distinguido principalmente pelo conceito amplo de saúde, saúde como direito de cidadania e dever do Estado, tendo como forma de sua viabilização a institucionalização de um SUS.

Essa reforma foi oportunizada pelo processo de redemocratização do País, o que determinou mudanças profundas e de grande extensão. No dizer de Mendes (2001, p. 28): “A transformação de 60 milhões de pessoas indigentes sanitários em cidadãos portadores de direito à saúde foi a maior e irreversível conquista da reforma brasileira [...]”.

⁴ Estes aspectos serão tratados com maior abrangência no item 4.

Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal, que criou as bases para o SUS, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade, e organizado de forma descentralizada, hierarquizada e com participação da população.

Apesar de o Art. 196 da Constituição definir que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, a prestação de serviços de saúde na década de 80 do século passado, como já exposto, produziu-se essencialmente em âmbito hospitalar, em quantidade não suficiente para absorver toda a população, além de ser de altíssimo custo. Assim sendo, a ausência de um modelo sanitário voltado para o atendimento básico e adequado de saúde, fez com que, em meados do século XX, nos países subdesenvolvidos, ficasse nítido que a assistência hospitalar e também a especializada não atendiam de fato as necessidades de saúde da maioria da população (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001).

Considerando esse cenário, Mendes (2006) traz sua contribuição quando afirma que a Reforma Sanitária Brasileira está em construção e deverá dar ênfase maior à mudança radical do modelo assistencial, de forma a repercutir na construção da cidadania, tendo em vista que esse processo se deu de forma gradativa, lenta e restrita até fins de 1993, quando ocorreu uma mudança radical na política nacional de saúde, por meio da institucionalização do PSF.

Nesse contexto, os brasileiros tiveram ampliado seu acesso aos serviços de saúde uma vez que o direito à saúde foi institucionalizado contemplando o sujeito integralmente.

3.1 SAÚDE: UM DIREITO DE CIDADANIA?

Não se pode ignorar que, no nosso País, a incorporação constitucional dos direitos sociais se deu de forma muito lenta. Os textos constitucionais anteriores a 1988 não contemplavam a saúde de forma explícita como de interesse público originário do pacto social. Apenas os contribuintes da Previdência Social tinham acesso à assistência à saúde provida por esta e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica

da Previdência Social. Os demais somente tinham acesso aos poucos hospitais públicos e às entidades filantrópicas.

A concepção de saúde que predominava até então era de ausência de doença e, por causa de tal entendimento, o sistema de saúde voltava-se para o atendimento à procura por assistência médica curativa e individual, em detrimento das ações preventivas e coletivas.

Considerando-se que a saúde passou a ser reconhecida como um direito humano e fundamental e como um bem prioritário e condição básica de cidadania, esta entendida como viver de forma digna, segura e produtiva, reconhece-se que o direito à saúde precisa ser garantido de fato por meio da elaboração e realização de políticas públicas efetivas, conforme estabelecido constitucionalmente no Art. 196, da Constituição Federal, que diz:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2007, p. 39).

Avançando na concepção da Organização Mundial de Saúde (OMS), que preliminarmente conceituou: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006, p. 1), a Constituição Federal de 1988 incorporou um novo significado de saúde, optando assim por um conceito mais abrangente, que extrapola a ausência de doença e considera que as condições de saúde são determinadas por causas sociais além das causas biológicas, o que requer, portanto, uma mudança radical nas ações de saúde, no sentido de contemplarem, a partir de então, a concepção integral de saúde e estarem pautadas na eliminação das causas sociais das enfermidades.

Ratifica-se então que essa Constituição segue os preceitos da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, que, no seu Art. 16, diz: “Toda sociedade onde a garantia dos direitos não é assegurada, nem a separação dos poderes determinada não tem constituição” (DALLARI, 1995, p. 21). Quando contempla explicitamente o direito de todos à saúde, reconhece a essência coletiva desse direito, que as doenças além das causas biológicas têm ainda causas sociais e que o “dever do Estado” é responsabilidade compartilhada entre os três níveis de governo, ou seja, não isentou nenhuma esfera de poder político da obrigação de proteger, defender e

cuidar da saúde de seus concidadãos. Como consequência, a saúde é admitida legitimamente como direito social de todos, brasileiros ou não, residentes no País.

Portanto, reafirma-se, em consonância com o pensamento de Schwartz (2003), que a saúde é direito fundamental, individual e coletivo, e ainda direito irrenunciável, indisponível e inalienável, e não simplesmente concessão do poder estatal.

O direito à saúde, admitido como legítimo e proclamado, é um direito ao cuidado, conforme estabelecido pela Constituição da OMS: “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006, p. 1). Dessa forma, direito à saúde pode também ser conceituado como “[...] o conjunto das regras aplicáveis às atividades cujo objeto seja restaurar a saúde humana, protegê-la e prevenir sua degradação [...]” (DALLARI, 1995, p. 19).

Contudo registra-se que da vitória do movimento sanitário se deu a consagração apenas jurídico-legal dos princípios da Reforma Sanitária no País e que, pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis Orgânicas da Saúde n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, se constituiu juridicamente o SUS, nominado, portanto, de “SUS Legal” por alguns autores (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Esse sistema de saúde foi considerado então como o mais importante instrumento implementador dos direitos à saúde, por meio da estruturação de ações e serviços em um sistema único em todo o País, quer dizer, “[...] um conjunto de conhecimentos ordenados segundo princípios que devem ser seguidos de forma unívoca pelas três esferas de governo” (CANARIS, 1996, p. 9). Assim, pela natureza pública dos seus serviços de saúde, estes deveriam ser de acesso livre e irrestrito, em consonância com as diretrizes e princípios do SUS.

Silva (2001, p. 71) relata que, junto com a expansão da universalização dos direitos, se encontrava a limitação e o declínio crescente da qualidade dos serviços sociais. Esta situação agravou-se com a crise econômica e a implementação de políticas neoliberais que mantiveram a exclusão social, com a pulverização das demandas sociais, com a organização de um sistema de assistência à saúde deficiente, ou seja, para os pobres, com o crescimento do mercado de planos e seguros de saúde e, ainda, com a redução dos valores pagos pelo SUS aos prestadores de serviços,

reduzindo sua oferta. “O direito à saúde não foi acompanhado da confirmação desse direito, isto é, não se transformou em realidade. [...] ampliando os espaços de demanda não atendida e a iniquidade e as injustiças do sistema de saúde [...]”.

No entanto, apesar de a universalização consistir na garantia a todos os cidadãos dos direitos sociais fundamentais, independente, entre outros aspectos, de gênero, raça, etnia, renda e vínculo trabalhista, os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada nos anos de 1998 e 2003 mostram respectivamente que ainda cerca de um terço e um quinto dos brasileiros não têm acesso regular a serviços de saúde (BRASIL, 1998a, 2003a).

O cenário destacado pode ser agravado, se acrescido de um dilema ético que ainda permanece na implantação do SUS. Esse discurso é do secretário municipal de saúde de Fortaleza, Odorico Andrade, que ainda o contempla com a seguinte fala: “Nós operamos com uma contradição profunda, que é defender um sistema que não usamos”. Portanto, considera que, com a adesão da classe média aos planos privados de assistência à saúde, solidificou-se a idéia do SUS para pobres, a qual foi produzida porque “[...] nossa moral aceita a desigualdade e a injustiça como normais”.⁵

Paim (1999a) também identifica esse sistema como o “SUS para pobre” por abranger somente os mais carentes, ofertar medicina simplificada e diminuir a oferta e, conseqüentemente, o acesso aos procedimentos de maior complexidade.

Também Mendes (2001) afirma que, apesar de o SUS estar chegando aos mais pobres, para estes há menos acesso aos serviços, que se dá de forma polarizada entre o atendimento básico e o hospitalar e mais limitado a serviços curativos. Essa situação é convencionalmente denominada “universalização excludente”, uma vez que abarca apenas os segmentos mais carentes, ficando os mais privilegiados forçados a recorrer ao setor privado, caracterizando assim a não-inclusão daquela população numa condição de cidadania e de igualdade na atenção à saúde.

Diante da constatação de que esse não é o sistema de saúde proposto pelo movimento sanitário, é fundamental que a construção do verdadeiro SUS, “SUS

⁵ ANDRADE, O. Debate ocorrido no 3º Ciclo de Debates “**Conversando sobre a Estratégia de Saúde da Família**”, realizado no Rio de Janeiro, em maio de 2007

democrático”, seja incessantemente buscada nos mais variados âmbitos, pelos diversos atores sociais, e fundamentada em estratégias diferenciadas.

Dessa forma, está posto um grande desafio, as mudanças subjetivas, objetivando a construção de novos sujeitos, como atores sociais e políticos que, desejosos por mudança e principalmente capazes de realizá-las, participem das decisões que os afetam, lutem para determinar quais são os seus direitos e exijam o que for necessário para que possam usufruí-los.

Ao se investir de poder político, a população e, principalmente, os usuários vivenciam um interessante processo pedagógico de aprendizado do exercício do poder político. Ganham conhecimento político e técnico, conquistam cidadania, o que leva ao estabelecimento de uma relação da população com o governo, a partir de um patamar diferenciado, como atores sociais e não mais como atores passivos e alheios (COSTA; NORONHA, 2003, p. 362).

Apesar do estabelecido legalmente, Silva (2001, p. 86) enfatiza que a Constituição teve poucos avanços quanto a tornar efetivos os direitos e deveres da cidadania. “Os governos não cumprem as leis [...] não apenas na [...] saúde, e não existem mecanismos consolidados para exigir que esses direitos sejam respeitados”.

Esse autor traz ainda sua contribuição, ao destacar que é imprescindível reafirmar novamente a agenda do movimento sanitário, isto é, registrar compromissos com “[...] democratização da gestão; resgate da cidadania; incorporação de excluídos; controle social e substituição do atual modelo de saúde pelo SUS, com integralidade, equanimidade e qualidade [...]” (SILVA, 2001, p. 86).

Para que a cidadania seja exercida, por ocupar um lugar de extrema importância na garantia do direito à saúde, é imprescindível que os diversos atores, como gestores, profissionais e usuários, estejam unidos em prol da implantação e manutenção dos espaços públicos de debate e de construção coletiva de políticas públicas efetivas. Nessa lógica, será possível afirmar que os direitos fundamentais, em especial o direito à saúde, de fato existe. Quando nos referimos ao direito à saúde, estamos dessa forma referindo-nos às políticas sociais voltadas para a melhoria das condições de vida e do direito à universalidade e à igualdade do acesso aos serviços de saúde e às ações prestadas por eles.

3.2 OS SERVIÇOS DE SAÚDE: PORTAS DE ENTRADA E SAÍDA COMPLEXAS

3.2.1 Estruturas assistenciais e seu papel na saúde e na vida das pessoas

Como já explicitado, o sistema de serviços de saúde tem por objetivo oferecer às pessoas um bom nível de saúde, compreendido, entre outros fatores, como o atendimento às suas expectativas em resposta ao que buscam. Dessa forma, um ponto fundamental a ser considerado é se os serviços estão organizados de forma a garantir a universalidade e a igualdade do acesso a eles.

Outro ponto importante destacado por alguns autores é a falta de conhecimento dos usuários sobre o funcionamento do SUS, no que diz respeito à competência de cada instância governamental e, principalmente dentro de cada uma delas, o papel ou função dos serviços por níveis de atenção, de acordo com seu grau de complexidade de atuação nesse sistema como um todo. Inclusive, conforme enfatizado em Brasil (2006b, p. 281), gera uma enorme dificuldade para o sistema municipal, que freqüentemente se depara com demandas por

“[...] tratamentos e/ou medicamentos não aprovados pela legislação vigente; busca de atendimento em níveis inadequados de complexidade, [...] acarretando aumento de filas e encarecimento de custos; exigência de exames diagnósticos de alto custo em casos desnecessários”.

Diante da situação colocada e vivenciada na prática cotidiana dos serviços de saúde, torna-se oportuno registrar o preconizado pelas normas e critérios de funcionamento desses serviços, no sentido de subsidiar estratégias de efetivação das competências pertinentes estabelecidas para cada uma das partes do sistema, objetivando a atenção integral ao cidadão.

Como parte do sistema de serviços de saúde, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm sob sua responsabilidade a realização de atendimentos de Atenção Básica e integral a uma determinada população, o que se dá de forma programada ou por demanda espontânea, nas especialidades básicas. Já nas USFs, a assistência assume um caráter diferenciado, por se dar de forma contínua e programática naquelas especialidades, além de contemplar em seu quadro de profissionais uma

equipe multidisciplinar para o desenvolvimento das atividades condizentes com as diretrizes da ESF (BRASIL, 2006b).

Essas equipes de saúde devem ser qualificadas no sentido de aprimorar as práticas sanitárias, tornando-as mais efetivas ao incluírem, na sua rotina profissional, o conhecimento do perfil epidemiológico da comunidade sob seus cuidados, ou seja, dos agravos e doenças que acometem essa clientela e que, portanto, precisam e devem ser longitudinalmente acompanhados. Para tanto, utiliza, no seu cotidiano de trabalho, ações programadas, tais como o cadastramento e o acompanhamento contínuo e integral dos usuários bem como das suas famílias.

Porém, suas ações não podem restringir-se apenas ao que pode ser previamente esperado e programado, pois o inesperado também ocorre no dia-a-dia das pessoas e comprovadamente chega aos serviços de saúde. Portanto, as necessidades espontâneas precisam ser acolhidas e resolvidas, para refletir positivamente no processo de adoecimento e na mudança de direção da conduta dos profissionais de saúde, ou seja, devem estar focadas não mais nos efeitos e sim nas causas, buscando efetivamente a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dessa população.

Nesse sentido, as UBSs e as USFs, conforme estabelecido no Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, pela Portaria n.º 2.048/GM, de novembro de 2002 (BRASIL, 2006a), devem responsabilizar-se pelo atendimento das urgências de baixa gravidade/complexidade, quer dizer, pelos pacientes da sua área de atuação que apresentam quadros agudos ou mesmo crônicos agudizados. O Regulamento afirma ainda que as urgências contempladas na classificação acima referida são totalmente compatíveis com esse nível de atenção, ao qual compete ter recursos humanos qualificados, recursos materiais essenciais, além de estrutura física adequada para desempenhar os procedimentos necessários.

Não se pode admitir que um paciente em acompanhamento em uma unidade básica de saúde, por exemplo, por hipertensão arterial, quando acometido por uma crise hipertensiva, não seja acolhido na unidade em que habitualmente faz tratamento. Nesta situação se aplicaria o verdadeiro conceito de pronto atendimento, pois, numa unidade onde o paciente tem prontuário e sua história pregressa e atual são conhecidas, é possível fazer um atendimento rápido e de qualidade, com avaliação e re-adequação da terapêutica dentro da disponibilidade medicamentosa da unidade. Quando este paciente não é acolhido em sua unidade, por ausência do profissional médico, por falta de vagas na agenda ou por qualquer outra razão e recorre a uma unidade de urgência como única possibilidade de acesso, é atendido por profissionais que, muitas vezes, possuem vínculo temporário com o sistema, não conhecem a rede loco regional e suas características funcionais e, freqüentemente, prescrevem medicamentos não disponíveis na rede SUS e de alto custo. Assim, o paciente não usa a nova medicação que lhe foi prescrita porque não pode adquiri-la e, tão pouco, usa a medicação anteriormente prescrita e disponível na unidade de saúde, pois não acredita que esta seja suficiente para controlar sua pressão [...] (BRASIL, 2006a, p. 67).

O pensamento anterior foi recentemente mais uma vez reforçado, por meio da aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, que estabelece a revisão de diretrizes e normas na organização da Atenção Básica para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Dessa forma, vale ressaltar que a referida política dá ênfase às principais características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, que precisam ser destacadas e priorizadas no cotidiano dos serviços deste nível de atenção, conforme preconizado pela Portaria n.º 648/GM, de 28 de março de 2006, que as explicita nos seguintes termos:

- 1 - definição do território de atuação das UBS;
- 2 - programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais freqüentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutive à demanda espontânea;
- 3 - desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;
- 4 - desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;
- 5 - assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;
- 6 - implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;
- 7 - realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;
- 8 - participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;
- 9 - desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e
- 10 - apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social (BRASIL, 2006c, p. 6).

Destacam-se especialmente o segundo e o sétimo itens pelos quais as equipes de saúde da família passam a se responsabilizar com maior resolutividade, abordando explicitamente o PA às necessidades dos usuários, no sentido de oferecer solução aos problemas de saúde da população sob seus cuidados.

Essa nova proposta de trabalho para as equipes de saúde necessita sair urgentemente da teoria, para realmente acontecer na prática diária dos profissionais, pois, de fato, as UBSs não têm assumido bem o seu papel de porta de entrada preferencial para o sistema sanitário, uma vez que “A ‘porta de entrada’ principal continua sendo os hospitais, públicos ou privados, através dos seus serviços de urgência/emergência e dos seus ambulatórios [...] Os pronto-socorros sempre lotados são a imagem mais expressiva dessa situação” (CECÍLIO, 1997, p. 471).

Como as unidades de saúde, os serviços de urgência e emergência são importantes estruturas assistenciais do sistema de serviços de saúde. Tão importante quanto o papel destas é a preocupação com o crescimento da demanda dos usuários por atendimento nesses locais, que tem ocorrido tanto pelo lugar de destaque ocupado pelas causas externas no perfil da morbimortalidade da população, quanto pela falta de estruturação da rede de serviços do sistema de saúde vigente (BRASIL, 2006a).

O cenário posto por Brasil (2006a) ainda sinaliza que a demanda por assistência às urgências, de modo geral, continua centrada fundamentalmente nos espaços institucionais que funcionam ininterruptamente, os quais, portanto, atuam como porta de entrada do sistema para todos os casos de urgência, quer para os urgentes de fato ou para os apenas percebidos como urgentes, quer para aqueles pacientes não vinculados à Atenção Básica e à atenção especializada e ainda, inclusive, para as gritantes urgências sociais que desabam freqüentemente nesses serviços.

Dessa forma, é relevante registrar o real papel desses serviços dentro da lógica de rede assistencial de saúde, os quais, de acordo com Brasil (2006a), devem estar habilitados para funcionar diariamente por 24 horas, prestando assistência de enfermagem, de clínica geral e pediatria contínua e resolutiva às urgências acometidas aos portadores de quadros agudos de doenças ou de quadros de doenças crônicas que se agudizaram, com observação até 24 horas, tendo em vista que tal assistência é compatível com o primeiro nível da média complexidade, isto é, complexidade intermediária entre as UBSs ou USFs e as unidades hospitalares de atendimento às urgências e emergências.

A organização dos serviços de urgências não foge à regra fundamental preconizada para os demais, que é estar pautada no perfil epidemiológico, nos indicadores de saúde mais relevantes bem como na tipicidade da rede de serviços de saúde. Nesse contexto, a sua área de atuação pode ser ampliada, agregando, se necessário, outros atendimentos, como o de clínica cirúrgica, ortopédica e odontológica.

Brasil (2006a) ainda complementa, enfatizando que, para o bom desempenho do papel dos referidos serviços, faz-se necessário que estes estejam organizados de modo que contemplem, na sua estrutura, permanentemente, os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, ou seja, apoio de laboratório de patologia clínica de urgência, exames radiológicos, equipamentos e medicamentos para atendimento às urgências, como também leitos de observação por um período de seis a 24 horas, serviço de transporte apropriado e, finalmente, estejam ligados com a rede de serviços hospitalares e com o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel para encaminhamento dos casos de maior gravidade, não compatíveis com seu grau de complexidade. Assim, esses serviços precisam estar organizados de forma a cumprir bem suas funções fundamentais, que, conforme o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, são:

- 1- Atender aos usuários do SUS portadores de quadro clínico agudo de qualquer natureza, dentro dos limites estruturais da unidade e, em especial, os casos de baixa complexidade, à noite e nos finais de semana, quando a rede básica e o Programa de Saúde da Família não estão ativos;
- 2- Descentralizar o atendimento de pacientes com quadros agudos de média complexidade;
- 3- Dar retaguarda às unidades básicas de saúde e de saúde da família;
- 4- Diminuir a sobrecarga dos hospitais de maior complexidade que hoje atendem esta demanda;
- 5- Ser entreposto de estabilização do paciente crítico para o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel;
- 6- Desenvolver ações de saúde através do trabalho de equipe interdisciplinar, sempre que necessário, com o objetivo de acolher, intervir em sua condição clínica e referenciar para a rede básica de saúde, para a rede especializada ou para internação hospitalar, proporcionando uma continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população usuária (beneficiando os pacientes agudos e não-agudos e favorecendo, pela continuidade do acompanhamento, principalmente os pacientes com quadros crônico-degenerativos, com a prevenção de suas agudizações freqüentes);
- 7- Articular-se com unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, e com outras instituições e serviços de saúde do sistema loco regional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra-referência;
- 8- Ser observatório do sistema e da saúde da população, subsidiando a elaboração de estudos epidemiológicos e a construção de indicadores de saúde e de serviço que contribuam para a avaliação e planejamento da atenção integral às urgências, bem como de todo o sistema de saúde (BRASIL, 2006a, p. 70-71).

Por fim, é de grande relevância resgatar, de modo enfático, um dos papéis dessas unidades, o de redirecionar os usuários nelas atendidos para a rede básica de serviços, unidades com ou sem a ESF, no sentido do “[...] adequado seguimento de suas patologias de base e condições de saúde, garantindo acesso não apenas a ações curativas, mas a todas as atividades promocionais que devem ser implementadas neste nível de assistência” (BRASIL, 2006a, p. 81), buscando assim alcançar um dos mais importantes princípios do SUS, a integralidade da atenção, por meio de maior articulação das práticas e tecnologias que extrapolem o conhecimento técnico, os equipamentos e instrumentos de trabalho, incorporando as relações com os usuários no seu processo de trabalho cotidiano.

3.2.2 Teias e redes de (des)encontros: usuários, necessidades e ofertas dos serviços de saúde no SUS

Não cabe aos serviços de saúde tratar os usuários de modo discriminatório; ao contrário, estes têm a função de incorporá-los a partir da forma como eles sentem suas necessidades de saúde e dos serviços correspondentes. Assim, precisam estar acessíveis para toda a população no maior tempo possível, ser garantidos de imediato e com a totalidade dos recursos tecnológicos necessários, no sentido da permanente defesa da vida.

Entretanto, existe uma grande distância entre o que deveria ser e o que realmente é, entre o garantido legalmente e o garantido na realidade cotidiana dos serviços para os usuários do SUS, os quais precisam “[...] montar o seu ‘menu’ de serviços, por sua conta e risco, buscando onde for possível o atendimento de que necessita. [...]”. Nesse sentido, “[...] As pessoas acessam o sistema por onde é mais fácil ou possível [...]” (CECÍLIO, 1997, p. 472).

Registra-se que uma das características inerentes aos serviços de saúde é a capacidade que eles têm de criar a sua própria demanda, de acordo com o que oferecem de resposta àquilo que as pessoas necessitam. Conseqüentemente, definem o usuário que bate à sua porta, o tipo e a forma de atendimento que serão

oferecidos a quem solicita. Nesse aspecto, podem-se contextualizar os serviços de urgência e emergência, que, por prestarem um atendimento mais rápido e resolutivo 24 horas do dia, motivam a população de um modo geral a criar artifícios para adentrar nos mesmos e conseguir a solução para os seus problemas de saúde.

Uma questão importante a ser considerada são as características desses serviços, as quais fazem deles uma relevante porta de entrada do sistema, o que se confirma pela grande legitimidade que têm para a população de um modo geral, especialmente pelos que necessitam de atendimento às suas demandas de saúde e têm menos possibilidades de acesso aos serviços da rede básica. Dessa forma, procuram os serviços de urgência para quaisquer problemas de saúde, ou seja, para toda e qualquer situação de incômodo, dúvida, anseio e outras mais, mesmo que extrapolem as questões fisiológicas ou patológicas e que afetem mais e simplesmente suas necessidades singulares da existência humana.

Um exemplo da situação colocada pode ser demonstrado pelo depoimento do secretário de saúde de Cariacica, Anselmo Dantas, que, ao falar sobre um PA nesse município, registra: “[...] cerca de 400 pessoas foram atendidas ontem, mas apenas 10% dos casos eram de emergência. Muitos deixam de ir ao posto de saúde e procuram o PA, porque acham que as duas unidades funcionam da mesma forma [...]” (DANTAS, 2007, p. 3). Ressalta-se que, em virtude de as pessoas desconhecerem o papel ou missão dos diferentes serviços, provocam uma distorção da demanda por atendimento nos serviços de urgência, com considerável redução na sua capacidade de resposta aos, de fato, necessitados dessa atenção:

As más conseqüências desta verdadeira ‘invasão’ dos serviços de urgência/emergência por todo e qualquer tipo de patologia não são poucas. Além da pressão sempre presente nos locais onde é feito o atendimento de urgência/emergência, que resulta em grande estresse e desgaste dos trabalhadores de saúde e desconforto para os usuários que acabam sendo atendidos após longas esperas, de forma impessoal e corrida [...], quer dizer, desse modo ocorre uma [...] inadequação do atendimento prestado [...] (CECÍLIO, 1997, p. 473).

A realidade vivenciada é a crescente superlotação desses ambientes, como se fosse possível encontrar neles a solução para as reais necessidades de saúde da maioria da população usuária. Porém, sabe-se dessa impossibilidade, considerando-se que o perfil de tais serviços compreende, em geral, um tratamento paliativo, isto é, a conduta profissional encontra-se pautada apenas na queixa principal do paciente,

nos sinais e sintomas e não na origem ou base da questão pontual ou momentânea que o levou a procurar o serviço.

Devido à limitação de sua área de atuação, os serviços de urgência precisam estabelecer com seus usuários só e unicamente uma forma de vínculo, a transitória ou temporária, encaminhando-o ao serviço de saúde mais apropriado para o seu acompanhamento contínuo e integral, após o atendimento da condição aguda apresentada.

Nesse sentido, um ponto extremamente estratégico do serviço de saúde para garantir o caráter de porta de entrada é a sua recepção, espaço físico com destinação específica, ou seja, local que deverá estar organizado de forma a garantir o direito das pessoas à informação imediata a respeito do que procuram no serviço, além de realizar registros adequados e agendamentos necessários oportunamente e, ainda, se for o caso, proceder aos encaminhamentos devidos.

Na entrada de um serviço de saúde, de uma casa, encontramos sempre uma porta. Portas demarcam passagens. Definem linhas que demarcam territórios, linhas duras ou flexíveis que ora abrem ora se fecham, ou ficam entreabertas revelando parcialmente o que se passa do outro lado. Criam mundos, incluem, excluem. Abertas, entreabertas ou fechadas têm por detrás um mundo de subjetividades que vão sendo construídos e revelados nas relações entre as pessoas, têm potência de construir linhas de fuga abrindo passagens para múltiplas formas de produção do atendimento em saúde (MATUMOTO, 2003, f. 74).

O cenário destacado mostra o quão importante é o papel desse setor como parte integrante dos que compõem a estrutura organizativa dos serviços de saúde. Assim, algumas questões merecem ser consideradas: A recepção desses serviços está adequadamente preparada para, de fato, recepcionar os usuários? Os seus funcionários se despem do poder de que se vêm imbuídos de não demandantes ou necessitados de atendimento e se colocam no lugar do outro, o usuário? Respeitam e valorizam as expectativas e necessidades colocadas pelos usuários nesse encontro, no sentido de aliviar ou minimizar as angústias, dores e sofrimentos?

Portanto, a procura do usuário por atendimento em um serviço de saúde é uma decisão que reflete, entre outros fatores, o entendimento que ele tem sobre saúde e doença. Nesse sentido, é importante registrar o seguinte argumento:

[...] Há situações em que por intuição, preconceito, informação prévia de amigos, da mídia, ou mesmo por experiência própria, pessoal ou com a família, evita os acessos disponíveis aos serviços de saúde, pelo receio de passar pelo constrangimento de não ser aceito, de sentir-se excluído. Enfim acredita que não adiantaria (MATUMOTO, 2003, f. 75).

Vale fazer uma complementação importante da idéia anterior: “[...] Não é à toa que a assistência à saúde ocupa um lugar central nas preocupações do ‘cidadão comum’ [...]”. Esse fato pode ser constatado ainda pelo pronunciamento: “[...] a grande maioria da nossa população sente-se insegura e abandonada quando necessita de atendimento médico-hospitalar [...]” (CECÍLIO, 1997, p. 472).

Diante do exposto, considera-se oportuno contemplar alguns aspectos essenciais para que os serviços de saúde sejam organizados de modo que venham impactar efetivamente a saúde das pessoas, entre eles, o de estarem disponíveis em quantidade e qualidade suficientes, a um custo compatível, ou seja, dentro da lógica do custo benefício e risco benefício, de forma que sejam utilizados pelas pessoas de acordo com suas necessidades, e que elas tenham como resultado desse contato seus problemas resolvidos e, conseqüentemente, satisfação pela atenção dispensada.

Assim, o sistema de saúde estará aprimorando a abordagem ao seu usuário, como também ampliando, de fato, sua porta de entrada. Concomitantemente reduzindo de modo considerável a demanda por serviços de urgência e emergência. Desse modo, a organização do sistema deve ter capacidade de flexibilizar os serviços em consonância com a demanda das reais necessidades da população.

Em relação ao cenário posto, o texto abaixo propõe um modelo de atenção, no qual a intenção colocada pelo autor é buscar

[...] novas alternativas, novos circuitos de integração entre os serviços, sem nunca perder de vista os ‘usuários’ reais. A referência passa a ser as pessoas e suas necessidades e não qualquer tipo de ‘modelo assistencial’ que possa ser previamente definido [...] (CECÍLIO, 1997, p. 470).

Conclui-se então que a intenção desse autor é minimizar toda e qualquer dificuldade experienciada no dia-a-dia por aqueles que procuram acessar os serviços do SUS.

Nesse contexto, as UBSs, com ou sem Saúde da Família, têm como função operar no sistema como um nível próprio de atendimento para a população sob sua responsabilidade, pautado em alta resolubilidade diante das demandas básicas e como porta de entrada, quer dizer, por meio da realização de encaminhamento adequado das urgências, emergências e de casos de maior complexidade, para os demais níveis do sistema, entendidos como locais apropriados e capacitados para atender as necessidades colocadas em dada circunstância. Toda essa interação

entre os serviços dos três níveis hierárquicos de complexidade tem como foco principal atingir um objetivo comum, que é concretizar, na prática, a atenção integral à saúde das pessoas.

Cabe salientar que o conceito de necessidades de saúde, de acordo Cecílio e Matsumoto (2006, p. 40), é complexo, e os autores o classificam como:

[...] necessidades de boas condições de vida; garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida; necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe [...] necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de 'andar a vida' [...]

Por este estudo abordar o acesso aos serviços de saúde, é relevante fazer algumas considerações sobre as necessidades de serviços de saúde, que, segundo Paim (2006), consiste em romper com as desigualdades no acesso e no consumo desses serviços.

A organização dos serviços de saúde estabelecida sob a forma de rede hierarquizada é uma proposta interessante do ponto de vista da gestão e do trabalho. No entanto, não se tem conseguido operacionalizá-la na prática, uma vez que o fluxo proposto baseia-se na lógica teórica do funcionamento do sistema e não no movimento real da assistência à saúde. A proposta de a Atenção Básica ser a reorientadora do modelo de atenção, organizando os demais níveis a partir da sua própria organização, deve ser fortalecida, porém há que se flexibilizar a entrada dos usuários no sistema por outros pontos de atenção, tendo em vista que, ainda hoje, ela não dá conta de cumprir o princípio da universalidade e da equidade. Outro princípio que deve ser considerado para a integralidade da atenção é o da longitudinalidade e, para tanto, as várias portas de entrada devem acolher o usuário no que ele necessita naquele momento e redirecioná-lo ao serviço mais adequado para a continuidade da sua atenção (CECÍLIO, 1997).

Kovacs e outros (2005) reafirmam a idéia anterior, ao dizerem que a analogia entre oferta e demanda na rede de serviços da Atenção Básica permanece anunciando a confrontação de interesses e necessidades, propiciando assim a busca por serviços de média e alta complexidade, portadores de maior densidade tecnológica, para solução dos problemas de saúde menos complexos e, portanto, passíveis de resolução no primeiro nível do sistema de saúde.

Nesse sentido, acrescenta-se que uma das dificuldades na construção efetiva do SUS por meio de seus princípios se encontra na insuficiência de financiamentos destinados para o setor saúde e na sua relação inversamente proporcional ao progressivo incremento da demanda para o referido setor (LEVCOVITZ apud CECÍLIO, 1997).

Santos⁶ colabora ao acrescentar que a remuneração dos procedimentos de saúde em todo o mundo se dá por alcance de metas, porém “[...] Aqui é por produção, e com defasagem das tabelas. Uma maneira perversa de estruturação do atendimento [...]”. Relata ainda que, apesar do baixo financiamento, em 2006 tanto a produção como a produtividade foram incrivelmente grandes: “[...] tivemos 1,3 bilhão, isso mesmo, bilhão, de procedimentos em Atenção Básica, além de 600 milhões de consultas multiprofissionais [...]”. E acrescenta que esse êxito se deve ao empenho dos trabalhadores: “Tivemos um exército de profissionais da saúde totalmente engajado não apenas na inclusão da população brasileira no Sistema Único de Saúde, mas lutando também pela equidade e pela integralidade”.

A fim de garantir maior eficiência na utilização desses recursos, tendo em vista a universalidade do acesso, como também a equidade, a meta a ser alcançada é colocar na prática da organização dos serviços o planejamento das ações prioritárias em consonância com o perfil epidemiológico, como também o desenvolvimento de maior sensibilidade diagnóstica, com objetivo de recomendar, quando necessário e de forma apropriada, encaminhamentos, de acordo com um fluxo pertinente de referência e contra-referência, em toda a rede assistencial de saúde, seja para a atenção secundária, que compreende ambulatórios especializados em clínica e cirurgia, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, serviços de atendimento de urgência e emergência e também hospitais gerais, seja para a terciária, que abrange os serviços hospitalares mais complexos.

Em relação à sensibilidade diagnóstica, é oportuno trazer um significativo depoimento: “Todos os levantamentos realizados a respeito do perfil de morbidade da clientela atendida nos pronto-socorros mostram que a maioria dos atendimentos é de patologias consideradas mais ‘simples’ [...]”. Nessa lógica, certamente “[...]”

⁶ SANTOS, N. R. **Retomada do movimento sanitário**: novos atores sociais com a Estratégia de Saúde da Família. Palestra ministrada no 3.º Ciclo de Debates “Conversando sobre a Estratégia de Saúde da Família”, realizado no Rio de Janeiro, em maio de 2007.

poderiam ser resolvidas no nível das unidades básicas de saúde [...]” (CECÍLIO, 1997, p. 471). O referido autor explica que, por serem simples, essas patologias não poderiam ser consideradas como de urgência/emergência, o que, portanto, caracteriza a situação explicitada como uma verdadeira distorção quali-quantitativa no atendimento clínico aos pacientes.

Tal proposta de operacionalização da rede de serviços tem por objetivo tornar o atendimento ao usuário do sistema mais racional, quer dizer, realizar o atendimento de suas necessidades de assistência nos locais mais adequados tecnologicamente, portanto mais resolutivos. Cabe mencionar que essa racionalidade deve vir acompanhada de uma flexibilidade que não engesse o sistema nem inviabilize a entrada dos usuários neste. Assim, complementa-se que há “[...] necessidade do sistema de saúde ser organizado a partir da lógica do que seria mais importante para cada usuário, no sentido de oferecer a tecnologia certa, no espaço certo e na ocasião mais adequada” (CECÍLIO, 1997, p. 469). O que está em pauta é a disponibilidade de acesso para o usuário ao sistema de saúde, que precisa ocorrer no momento de sua necessidade, mesmo que por outros pontos de atenção, que não a porta de entrada preferencial dada pela Atenção Básica.

Diante de tais argumentações, considera-se ser possível e necessário mudar o quadro demonstrado pelo estudo realizado por Fonseca (2003, f. 162), com as famílias da Região de Saúde de São Pedro, o qual revela que uma das queixas daquela população diz respeito à forma de acesso aos serviços de saúde, pois apesar de não ser necessário manter o tradicionalismo de madrugar na fila para conseguir atendimento, este não é garantido. “[...] A demanda espontânea para atendimento de seus sofrimentos imediatos ainda faz parte, de forma expressiva, das Unidades Saúde da Família [...]”. No entanto, é importante acrescentar que “[...] nem sempre as famílias são atendidas e, conseqüentemente buscam atendimento na Policlínica [...]”. Tal situação mantém o modelo assistencial hegemônico, centrado no atendimento médico, medicalizante, pautado em ações pontuais e curativas, com pouca ou quase nenhuma prática preventiva ou promocional de saúde, que fazem parte do elenco de ações das UBSs.

Desse modo, mesmo que os serviços básicos de saúde se constituam na porta de entrada do sistema, no primeiro nível da atenção, o atendimento à demanda espontânea ainda não é entendido como parte da sua organização, que deve estar

centrada em todas as necessidades dos usuários “[...] Daí ser uma prepotência tecnocrata dizer que o ‘povão’ é deseducado, que vai ao pronto-socorro quando poderia estar indo ao centro de saúde [...]” (CECÍLIO, 1997, p. 472). Isso provoca transtornos e tensões no processo de trabalho, uma vez que, não sendo uma demanda programada, parece ser uma situação de responsabilidade apenas dos serviços de urgência, como, por exemplo, os PAs.

Diante dos fatos expostos, enfatiza-se mais uma vez que as UBSs precisam comprometer-se com o atendimento das necessidades de PA dos usuários. Os transtornos mencionados poderiam ser evitados ou minimizados caso os profissionais fizessem esse atendimento de outra maneira, não como simples obrigação, e sim como uma das atividades da sua rotina de trabalho, prática que vem clamando por mais humanização e solidariedade, no intuito da atenção contínua e integral às pessoas, pelo estabelecimento de vínculo entre quem cuida e quem é cuidado, favorecido nesse caso pelo atendimento de uma necessidade urgente do ponto de vista de quem a sente e vivencia.

Outros autores comungam com a idéia anterior, o que pode ser assim confirmado: “Isso nos leva a pensar que as unidades de saúde estão pouco preparadas para enfrentar o inesperado, a imprevisibilidade [...]”. Tal consideração deve-se ao fato de que “[...] os problemas de saúde, ou melhor de doença [...] caracterizam-se por serem imprevisíveis, para os quais seria esperado estarmos prontos para acolhê-los. Mas no dia-a-dia, o que se vê é um grande conflito para as equipes, a chamada demanda eventual” (MATUMOTO, 2003, f. 87). Este estudo mostra ainda que os problemas de saúde são resolvidos exclusivamente pelos profissionais da área, que não compartilham com os usuários informações que os subsidiariam na decisão sobre qual serviço procurar para a solução dos seus problemas.

Procurando superar a limitação colocada, o usuário desenvolve com muita criatividade sua adaptação às regras estabelecidas, buscando continuamente espaços institucionais que possam resolver satisfatoriamente seus problemas. Além disso, esse ator aprimora continuamente seu desempenho,

E busca sensibilizar o trabalhador de alguma forma, explorando nuances que vai aprendendo na convivência, no aprendizado social. Alega febre, dor e sofrimentos intensos. Chora. Acaba afetando, consciente ou inconscientemente, o trabalhador que está escondido, capturado por regras e normas. Às vezes tem sucesso, outras não (MATUMOTO, 2003, f. 103).

O mais importante para o usuário é conseguir o atendimento que deseja. Para tanto, tenta insistentemente ultrapassar as barreiras bloqueadoras, de modo que consiga acessá-lo, independentemente das múltiplas entradas que precise buscar.

Diante das dificuldades de entrada no sistema, o usuário utiliza as mais variadas estratégias para obter atendimento. Estudos como o de Matumoto (2003) indicam que o usuário vai gradativamente adquirindo conhecimento quanto às maneiras de agir para obter o atendimento que veio procurar. Por exemplo, aproveita toda oportunidade para observar a organização do serviço e aplicar o apreendido em seu benefício ou no de familiares. Assim, procura conhecer bem o melhor horário para chegar ao serviço e garantir seu atendimento; observa o que é considerado urgência para os profissionais dos serviços de saúde e que, portanto, priorizará o seu atendimento; comporta-se fisicamente, como se estivesse impossibilitado de deambular para garantir a resposta para o que veio buscar naquele serviço. Essas atitudes adotadas pelo usuário para adentrar o sistema mostram os artifícios de que necessitam lançar mão para usufruir do seu direito de acesso ao sistema.

A falta de confiança da população nas unidades de saúde tem um reflexo direto na lotação de hospitais e prontos-atendimentos públicos. Além da dificuldade para marcar consultas básicas, a falta de acesso a [...] exames faz com que as pessoas recorram diretamente aos hospitais [...]. Ao invés de atender procedimentos de urgência, os prontos-atendimentos acabam tendo que tratar resfriados e outras coisas simples, que poderiam ser resolvidas nos postos de saúde dos municípios, se houvesse estrutura (MELHORAR... , 2007, p. 10).

Acrescente-se também que essa demanda inadequada do ponto de vista técnico reflete de modo considerável sobre a qualidade da assistência que é proporcionada aos usuários, tanto aos que de fato precisam de atendimento de urgência, como aqueles para os quais o atendimento ambulatorial se limita à queixa principal, uma vez que compromete, e muito, alcançar a tão necessária integralidade da atenção, considerando que os serviços de urgência não têm estabelecido, em sua rotina de trabalho, contra-referenciar os pacientes para suas unidades de saúde de referência.

O pensamento anterior levanta a necessidade de refletir que as estratégias adotadas para acessar os serviços de saúde se devem ao fato de o indivíduo não ser visto pela equipe de saúde como um todo, de forma integral, como uma pessoa que tem sonhos, desejos, necessidades e, principalmente, vontade própria. Essa situação requer uma mudança de atitude por parte dos profissionais, a partir de um novo olhar, no sentido de enxergar os usuários não apenas como portadores de

enfermidades, mas como cidadãos, não importando sua raça, sexo ou idade, simplesmente como senhores de histórias de vida e de particularidades pessoais que não podem ser desconsideradas ou ignoradas (MATUMOTO, 2003).

De acordo com Cecílio (1997), também é importante que se entendam os fatores que motivam as pessoas a procurarem os serviços de saúde, considerando que são seres reais, mas que normalmente são vistos apenas como usuários do sistema, e como tal, eleitos portadores de comportamento totalmente previsível, a preferir este ou aquele serviço para resolver seus problemas de saúde, levando em conta o seu modo de pensar e de viver a vida, numa visão singular do mundo, construída a partir das experiências acumuladas, negativas ou positivas.

De acordo com o contexto colocado, é de fundamental importância complementar que o homem é um ser de necessidades, isto é, necessita do que é inevitável ou fatal. Assim sendo, essas necessidades precisam ser atendidas, especialmente considerando que o ser humano é sujeito de direitos inalienáveis, entre eles, à saúde.

4 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: REORIENTANDO AS ENTRADAS NO SISTEMA DE SAÚDE

A Constituição da OMS de 1946 já debatia na época a responsabilidade que os governos têm pela saúde da sua população, a qual somente seria possível por meio de medidas sanitárias e sociais apropriadas, que fossem difundidas de forma equitativa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006).

Nessa perspectiva, em 1978, na cidade de Alma-Ata, foi promovida pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, da qual emerge o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) como o conjunto de princípios organizativos de um sistema de saúde. Desta Conferência originou-se a Declaração de Alma-Ata, que define cuidados primários de saúde como

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1978).

Segundo Rosa e Labbate (2005), essa Conferência teve por proposta a APS como estratégia para ampliar o acesso, de forma a atender com igualdade de condições todos os membros ou segmentos da sociedade até o ano 2000. O enfoque priorizou a prevenção de doenças e a promoção da saúde por profissionais cuja formação e desempenho estejam voltados não só para os aspectos epidemiológicos e sociais a fim de que possam relacionar-se com o indivíduo, com a família e com a sociedade.

Ainda Andrade, Barreto e Bezerra (2006, p. 784) enfatizam que, nessa declaração, se consolidou a idéia de que a APS “[...] era chave para alcançar em todo o mundo em um futuro previsível um nível aceitável de saúde, que fizesse parte do desenvolvimento social e se inspirasse em um espírito de justiça [...]”. Nesse contexto, considera-se tal evento internacional como um marco histórico no sentido

de exercer influência positiva nas discussões sobre o direcionamento das políticas de saúde em todo o mundo, de modo a reafirmar e tornar efetivamente a saúde como direito humano fundamental. Portanto, a APS deveria ser estruturada em âmbito mundial, especialmente nos países em desenvolvimento, numa perspectiva do alcance de sua meta.

De acordo com Mendes (2006), tanto pelo modo como foi gerida quanto pela ambigüidade de sua definição, a Atenção Primária tem tido uma variedade de interpretações, obviamente com conseqüentes e diversificadas formas de operacionalização. Assim sendo, destacam-se os três formatos pelos quais pode ser compreendida: como programa com objetivos restritos para atendimento simplificado e limitado, por meio de poucos recursos tecnológicos e a custos ínfimos, de apenas algumas necessidades básicas de grupos populacionais menos favorecidos, como estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde e também como estratégia de reordenação de todo setor saúde.

Vale contextualizar que, de acordo com Gil (2006), nos países subdesenvolvidos a interpretação predominante dessa atenção é como um programa para os marginalizados e excluídos, o que então a consolida como Atenção Primária seletiva, quer dizer, reservada para os de extremada pobreza.

Registra-se ainda que Atenção Primária é um termo reconhecido e aceito internacionalmente, usado também no Brasil, especialmente devido aos trabalhos de Bárbara Starfield (BRASIL, 2003b; MENDES 2002). Entende-se também que esse nível de atenção do sistema de saúde não é caracterizado por baixa complexidade, pelo contrário, utiliza tecnologias de alta complexidade e baixa densidade para resolução dos problemas de saúde mais freqüentes e relevantes ou, ainda, pelo limite no quantitativo de serviços ofertados (BRASIL, 2004). Apesar de a Atenção Primária ter adquirido progressivamente tal caracterização, extrapolando o significado de “básico” ou de “mínimo”, a denominação ABS⁷ permanece sendo utilizada nas designações oficiais.

O pensamento anterior pode ser ratificado com a contribuição de Gil (2006), ao afirmar que, a partir da Norma Operacional Básica do SUS, publicada em 6 de

⁷ Esta pesquisadora adotará, no estudo em questão, a denominação Atenção Básica, por ter sido ampliada sua abrangência de atuação e por ser a forma mais comumente usada em âmbito nacional, inclusive no município de Vitória.

novembro de 1996 (NOB n.º 1/96) (BRASIL, 1996), foi incorporado o conceito de ABS nos documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS), em relatórios das Conferências de Saúde, como também em artigos publicados sobre o assunto, o que demonstra certa opção por tal conceito. Esse autor ainda complementa:

No período anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde representava um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial. Após sua criação e o desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, cada vez tem sido mais freqüente o uso do conceito de Atenção Básica como referência aos serviços municipais (GIL, 2006, p. 2).

Oportunamente acrescenta-se que, para Campos,⁸ tanto faz usar Atenção Básica como APS, pois afirma que ambas as expressões têm o mesmo significado. Salienta ainda que sua atuação se baseia no modelo europeu, que “[...] pensa a Atenção Básica como parte integrante dos sistemas públicos e resolve 80% dos problemas de saúde e 95% dos que atende”, diferentemente do modelo americano, no qual a Atenção Básica é uma área de ação da saúde pública e está orientada por programas de saúde. Nesse caso, para ele “[...] a unidade básica fica voltada para alguns problemas de saúde relevantes, como imunização e vacinação, pré-natal, doenças como tuberculose e hanseníase”, o que o leva a classificar esse modelo de atenção como insuficiente, mesmo considerando-o indispensável.

Ainda é oportuno trazer o pensamento da autora norte-americana, Starfield (2002), já citada, por ser referência internacional, para a qual a “Atenção Primária” é o nível de um sistema de serviço de saúde em que a entrada é possibilitada por meio das unidades básicas com nível próprio de atendimento para toda e qualquer necessidade e problema de uma pessoa, saudável ou não, nas diversas etapas de seu ciclo de vida, fornecendo atenção a todas as situações de saúde, com exceção das incomuns. Para tanto, essa atenção deve compreender ações tanto de prevenção como de cura e reabilitação, proporcionando assim mais saúde a todas as pessoas, independente da sua condição socioeconômica.

Starfield (2002) coloca também que esse nível de atenção forma a base do sistema de saúde e define todas as atividades dos demais níveis, com os quais compartilha: a responsabilidade pelo acesso aos serviços de saúde, pela qualidade do

⁸ CAMPOS, G. W. S. **Desafios para a reorientação da Atenção em Saúde**. Palestra ministrada no 3.º Ciclo de Debates “Conversando sobre a Estratégia de Saúde da Família”, realizado no Rio de Janeiro, em maio de 2007.

atendimento prestado e pela eficácia da aplicação dos recursos direcionados para promoção, manutenção e melhoria da saúde; o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, com responsabilidade integral sobre uma população definida; e a atenção à prevenção, ao tratamento e à reabilitação.

Assim caracteriza-se, de acordo com o estabelecido pelo MS, a USF como porta de entrada ou contato inicial, ou seja, a acessibilidade da população sob sua responsabilidade ao serviço de saúde local, no qual as ações são planejadas de acordo com os interesses das pessoas, a cada nova situação ou problema, cuja finalidade está na realização da Atenção Básica de forma contínua, ao longo do tempo, por equipe de trabalho capacitada para o desenvolvimento de ações tanto de promoção e proteção como de recuperação, próprias deste nível de atenção. Dessa forma os serviços são orientados para responder efetivamente às necessidades individuais e coletivas da comunidade local (BRASIL, 1998b).

Cita-se ainda Starfield, por considerar interessante a forma como descreve os atributos dessa atenção e sua relevância para o atendimento das referidas necessidades de saúde. A autora enfatiza seus significados assim:

- Atenção ao primeiro contato: “[...] acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde [...]”.
- Longitudinalidade: “[...] a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo [...]”. Com isso, “[...] o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletida em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde”.
- Integralidade: “[...] as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde [...]”, ainda que para isso necessitem encaminhá-lo aos “[...] serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais [...]”.
- Coordenação: demanda “[...] alguma forma de continuidade [...]”, ou seja, de acompanhamento do paciente pelo profissional, quer pessoalmente, quer pelo registro da sua história (STARFIELD, 2002, p. 61-63).

Wagner e Wagner (1997)⁹ ressaltam que é fundamental o estabelecimento de vínculo da equipe de saúde com as famílias, pois a equipe é o ponto de referência para essa população e a porta de entrada do sistema de saúde. Para tanto, faz-se necessário o rompimento das barreiras de acesso ou, melhor dizendo, de acessibilidade ao sistema de saúde, com a ampliação do atendimento de qualidade, a resolução dos problemas mais comuns e, principalmente a adesão do usuário à ESF.

Visando à longitudinalidade e à integralidade da atenção, as situações que extrapolem a capacidade de resolução pelo primeiro nível de atenção precisam ser encaminhadas com garantia de acesso a níveis do sistema com complexidades compatíveis. Por outro lado, a garantia de acesso inicial ao sistema precisa ser efetivada mesmo que por outros níveis, quando não ocorrer no nível primário. Ambas as situações requerem que o sistema de referência e contra-referência seja efetivo, no sentido de atender adequada e oportunamente as necessidades de serviços de saúde do usuário.

No Brasil, como nos demais países subdesenvolvidos, a proposta de priorização da atenção e cuidados primários em saúde ocorreu concomitantemente com a necessidade de expansão da atenção médica, a partir de um modelo de baixo custo para as populações pobres e excluídas até então, principalmente as da zona rural e da periferia urbana. Dessa forma, foi desenvolvida a Atenção Básica seletiva com recursos marginais para populações marginais; pela utilização de tecnologias baratas e simples; por profissional pouco qualificado e, por fim, desarticulada de um sistema hierarquizado e resolutivo (MENDES, 2006).

Ainda em relação à idéia anterior, considera-se oportuno trazer um relato que também mostra que, no cenário brasileiro, a ABS vem acompanhada das conseqüências da racionalização dos anos 70 do século passado, a qual preconizava a redução do financiamento e dos gastos com a saúde, ao invés de considerar as verdadeiras necessidades de saúde das pessoas. Essa atenção “[...] teve seus pressupostos estruturantes de um novo modelo (universal, equânime,

⁹ WAGNER, H. L.; WAGNER, A. B. P. **Saúde da família, estratégia de atenção primária, conceitos e princípios**. 1997. Apostila do curso básico de Saúde da Família, Fazenda Rio Grande/PR, 1997. (mimeografado)

inclusivo, integral) obscurecidos pelo ideário neoliberal racionalizador (focalização, baixo custo, pacote básico, excludente) [...]” (GIL, 2006, p. 8).

Os cuidados primários de saúde inicialmente não foram implantados no País conforme preconizado. Na primeira metade da década de 1980 adquiriram apenas “[...] um caráter de *programa* de medicina simplificada para os pobres das áreas urbanas e rurais, em vez de uma *estratégia* de reorientação do sistema de serviços de saúde no Brasil [...]” (PAIM, 1999b, p. 493, grifos do autor).

Devido à implantação nesses padrões é que, segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2006, p. 794), a Atenção Básica foi submetida a uma revisão teórica e prática, realizada pela Organização Panamericana de Saúde, com o objetivo de analisar de que forma efetuar a renovação do conceito da mesma, para refletir mais adequadamente as atuais necessidades de saúde e desenvolvimento da população em âmbito mundial. Como resultado dessa revisão pública, a Renovação da Atenção Primária à Saúde das Américas, na qual segundo os autores acima, é “[...] enfatizado que o caminho mais adequado para produzir melhoras eqüitativas e sustentáveis na saúde dos povos das Américas é embasar os Sistemas de Saúde da região em APS”.

Nesse sentido, é definido um sistema de saúde pautado em ABS tanto para a organização como para a operação de sistemas de saúde, com o objetivo fundamental de conceder ao cidadão o direito ao maior nível de saúde possível, de forma a elevar ao máximo o princípio da eqüidade e da solidariedade. Comungando com esse pensamento, De Lavor e outros (2007, p. 12) acrescentam que a Atenção Básica só é correta “[...] se funcionam seus dois braços: os grandes valores da solidariedade e a alta resolutividade [...]”. Tais valores só reforçam quanto amplo e complexo é o campo da Atenção Básica, reafirmando assim o quão desafiante é efetivar essa atenção. Para tanto, é fundamental que esse processo se inicie por meio da análise de valores sociais, da mobilização e participação dos cidadãos e gestores.

Passada uma década da declaração da meta “Saúde para Todos no Ano 2000”, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, foi instituído pela Constituição Federal, promulgada em 5 de outubro de 1988, como resultado do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, o SUS, cujo desempenho primordial se

encontra expresso nos Arts. 196 a 200, estabelecendo uma rede de ações e serviços públicos de saúde regionalizados e hierarquizados.

O SUS pode ser compreendido pela lógica de um núcleo único, em todo o território nacional, que congrega princípios doutrinários e organizativos de tamanha importância que, por isso se considera oportuno destacá-los:

- Universalização do direito à saúde e aos serviços: todas as pessoas têm direito ao atendimento, independentemente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego, renda e outros. Portanto, a saúde é direito de cidadania e dever dos três níveis de governo.
- Equidade: todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades. Assim, os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para cada necessidade sentida e vivida, com isso oferecendo mais a quem precisa, diminuindo as desigualdades existentes.
- Integralidade da atenção: as ações de saúde devem ser combinadas e direcionadas, concomitantemente, para a prevenção e a cura, ou seja, para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos. Dessa forma, os serviços de saúde devem ser organizados para atender o indivíduo como um ser integral, submetido às mais diferentes situações de vida e de trabalho, que, conseqüentemente, o levam a adoecer e a morrer. Essa integralidade pressupõe a oferta de ações preventivas e curativas, básicas e de média e alta complexidade, na lógica da hierarquização do atendimento das necessidades de saúde, garantindo efetivamente a referência e a contra-referência nos diferentes níveis de complexidade do sistema.

Destacam-se também os princípios organizativos por considerá-los de igual importância para o sistema:

- Regionalização e Hierarquização: a rede de serviços do SUS deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, de modo a permitir maior conhecimento dos principais problemas da população de uma área definida, o que favorece as ações de vigilância à saúde, além das de assistência ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde.

- Resolutividade: o serviço de saúde correspondente deve ser capaz de resolver um problema de impacto coletivo sobre a saúde e de atender a uma necessidade expressa pelo indivíduo, no nível de sua complexidade.
- Descentralização: redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os três níveis de governabilidade, havendo um nítido reforço do municipal. A este então é destinada a maior responsabilidade na implementação das ações de saúde para a sua população.
- Participação popular: garantia constitucional de que a população poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os níveis de governo.

Enfatiza-se, então, que, por meio de suas diretrizes e princípios, o sistema de saúde procura efetivar a mudança do modelo assistencial hegemônico pela adoção da Atenção Básica como foco para sua consolidação.

Entretanto, segundo Silveira Filho¹⁰, a Atenção Básica não deve ser orientada somente pelos princípios do SUS; necessita abraçar fortemente seus próprios princípios: acessibilidade; vínculo com os sujeitos pelos laços da afetividade; coordenação da rede de saúde, ou seja, responsabilidade de referenciar para os demais níveis de complexidade de acordo com as necessidades; continuidade do cuidado ao longo do tempo; territorialização e responsabilização pela clientela adscrita e, por fim, prática profissional humanizada.

O SUS representa a garantia do direito à saúde, tendo em vista que universalizou o acesso às ações e serviços de saúde e definiu a ABS, como o primeiro nível de atenção, ou seja, como porta de entrada preferencial no sistema e marco referencial para a organização dos serviços na lógica de mudança do modelo de saúde e alcance da meta proposta.

Considera-se importante complementar esse conceito, de acordo com o pensamento dos secretários estaduais de saúde:

¹⁰ SILVEIRA FILHO, A. D. **Estratégia Saúde da Família como política social**: no Brasil e no Rio de Janeiro. Palestra ministrada no 3.º Ciclo de Debates "Conversando sobre a Estratégia de Saúde da Família", realizado no Rio de Janeiro, em maio de 2007.

[...] Atenção Primária é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios [...] bem delimitados, das quais assumem responsabilidade. [...] É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. [...] A Atenção Primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2004, p. 7).

Assim, a Atenção Básica é um nível hierárquico de atenção que deve estar organizada em todos os municípios, uma vez que está pautada na realidade de cada lugar e de acordo com os determinantes sociais. Assim sendo, precisa ser dirigida efetivamente para o cidadão, no sentido de entender os sujeitos em suas singularidades e estimular a sua autonomia, como também para as famílias e, conseqüentemente, para toda a população.

4.1 SAÚDE DA FAMÍLIA: MODELOS EM DISPUTA

A partir de 1990, o MS avançou nessa discussão, implantando inicialmente o PACS, no Ceará, em 1991, expandindo-se depois para toda a Região Nordeste e Norte do País. A intenção inicial do MS foi combater as mortalidades materna e infantil, por meio de medidas de prevenção de doenças, promoção da saúde e expansão da cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres.

A missão do PACS era reduzir a mortalidade infantil e materna, mediante oferta, às populações rurais e de periferia, de procedimentos simplificados de saúde na lógica de medicina preventiva. O objetivo era desenvolver a capacidade da população para cuidar da sua própria saúde, transmitindo informações sobre práticas preventivas, por meio de agentes comunitários de saúde (VIANA; DAL POZ, apud GOMES; PINHEIRO, 2005, p.288).

Nesse contexto, Paim (1999a) afirma que o PACS foi implantado em consonância com a doutrina da ABS, mas como uma proposta limitada em relação ao que objetivava a Reforma Sanitária. Apesar disso, concorda que, no decorrer do desenvolvimento do Programa, algumas potencialidades realmente puderam ser constatadas.

Devido ao êxito desse Programa, principalmente por meio da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) nos serviços básicos de saúde, em 1993 foi realizada uma reunião em Brasília promovida pelo MS para discussão de uma nova proposta, que abrangesse a incorporação de novos profissionais nessa prática sanitária de promoção, além da clínica, envolvendo a dimensão do cuidado familiar, ou seja, que ampliasse o enfoque do indivíduo para a família, que então passaria

[...] a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida - permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social (BRASIL, 1998b, p. 8).

Vasconcelos (1999) salienta que esse movimento “do olhar” voltado para a família já se vinha desenvolvendo em muitos outros países, e no Brasil sofreu influência dos modelos de atenção do Canadá, de Cuba, da Suécia e da Inglaterra.

Por meio do desenvolvimento do SUS com seus avanços, suas contradições e incertezas, as experiências pontuais de novos modelos assistenciais e a pressão institucional internacional por políticas sólidas de ABS determinaram a implantação do PSF. Devido ao quadro colocado, o PACS e a ESF foram então assumidos pelo MS como instrumentos principais de reorientação do modelo assistencial, ou seja, de superação do modelo centrado na saúde, como ausência de doença, a partir da Atenção Básica e em consonância com os princípios do referido sistema de saúde. Assim, foi realizado o lançamento, em 1994, da ESF, objetivando organizar de forma impactante todos os níveis de atendimento do sistema de saúde, reorientar o modelo de atenção à saúde e consolidar o SUS (BRASIL, 1998b). A concepção desse novo modelo está centrada no usuário, visando à universalização do atendimento em prol da pessoa saudável.

Em consonância com a idéia anterior, com relação ao desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil, Paim (1999a, p. 493) registra um percurso progressivo, ao enfatizar que, “[...] com a implantação do SUS [...] passa a ocorrer, com avanços e recuos, a descentralização de atribuições, gestão e poder de decisão para o nível local do sistema”. Outros autores também ratificaram o pensamento posto, conforme demonstra o seguinte argumento:

[...] A decisão política de reorganizar a rede de assistência à saúde mediante uma política que apontasse para a universalização do acesso da população brasileira à atenção básica e consolidasse o recente processo de descentralização, inaugurado com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), foi o norte inspirador da implementação da ESF nos mais diversos municípios brasileiros (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006, p. 802).

Além disso, é de fundamental importância complementar que a organização do modelo de atenção por meio da ESF trouxe como novidade o estabelecimento de vínculo de determinada população a uma equipe básica de saúde que, inicialmente, contemplou, em seu quadro, um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis ACSs (BRASIL, 1998b). Mais tarde, precisamente em 2001, dentistas, auxiliares de consultório dentário e técnico de higiene dental foram incorporados aos demais componentes da equipe de saúde da família por meio da publicação da Portaria n.º 267/GM, de 6 de março de 2001 (BRASIL, 2001).

A incorporação de diferentes profissões e profissionais, com seus saberes, na proposta da ESF, objetiva efetivar a integralidade da atenção. Alguns autores comungam com essa idéia, como é o caso de Andrade,¹¹ ao acrescentar que a ESF se adapta perfeitamente à era da informação, considerando que esta possibilita a apropriação do conhecimento pelas pessoas, e sua aplicação para o autocuidado. A partir daí, valoriza também as redes sociais estabelecidas, argumentando que atualmente é “[...] tão importante o endocrinologista quanto à loja que vende produtos para diabetes, [...] o profissional de saúde, neste modelo, é visto como facilitador, não como autoridade, o que possibilita uma maior participação de categorias não-médicas [...]”.

Inicialmente as ações da ESF estavam voltadas para grupos populacionais sob maior risco social e expostos a precárias condições sanitárias, ou seja, ações focalizadas em grupos considerados “vulneráveis”. Essa concepção foi associada a uma assistência de baixo custo, medicina simplificada para os pobres, ao invés de uma estratégia de reorientação dos serviços de saúde com o objetivo de “[...] colaborar decisivamente na organização do Sistema Único de Saúde e na municipalização, implementando os princípios fundamentais de universalização, descentralização, integralidade e participação comunitária [...]” (BRASIL, 1994, p. 10).

¹¹ ANDRADE, 2007.

Entretanto, após a integração do PACS com a ESF e o aprimoramento das experiências acumuladas, “A Saúde da Família” tem sido considerada como “estratégia” de reorganização da ABS no País pelo MS desde 1997, quando da publicação da Portaria n.º 1.886/GM, de 18 de dezembro de 1997 (BRASIL, 1997a), como também por alguns autores, negando, assim, a concepção de programa de medicina simplificada para pobres (MENDES, 2006; LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996).

Para Souza (2000), por exemplo, a ESF deve ser entendida como uma estratégia de reorganização da Atenção Básica, mas o autor salienta que isso só será possível se houver mudança nas práticas de saúde, por meio do estabelecimento de novas formas de vínculos entre os profissionais dos serviços de saúde e a população sob sua responsabilidade, e o vínculo do município com os trabalhadores da saúde.

Vale ressaltar que o MS preconiza que a ESF adote o estabelecimento de vínculos e de laços de compromissos como também de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, como seu foco principal de ação. Desse modo, a atenção à saúde amplia seu foco, passando a ser centrada na família, compreendida em consonância com o contexto em que vive, o que possibilita à equipe a compreensão ampliada do processo saúde-doença bem como das reais necessidades de intervenção, no sentido da atenção integral (BRASIL, 1998b).

[...] criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras que nos sensibilizamos com todo sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal (MERHY, 1994, p. 138).

Ratifica-se então que a ESF está baseada na realidade local, fundamentada na prática sanitária usuário-centrada, portanto deve entender os sujeitos em suas singularidades nos contextos socioeconômico, cultural e ambiental, para assim desenvolver uma prática sanitária mais humanizada. Também é desenvolvida por diversos profissionais de saúde, quer dizer, por trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar. Portanto “[...] não se trata de médicos de família, mas de equipe de saúde da família” (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996, p. 3).

Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados.

O PSF não é estratégia para atenção exclusiva ao grupo da mulher e criança, haja vista que se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (BRASIL, 1998b p. 8-9).

A esse respeito, Paim (1999b, p. 499) contribui ao afirmar que, “[...] mantidos o caráter de programa especial e a gestão verticalizada, [...] o PACS e o PSF podem comprometer esforços genuínos de municipalização”.

Silva (2001), em concordância com o pensamento anterior, argumenta que, se a ESF for implantada como estratégia do modelo assistencial e não como programa vertical do Ministério, não haverá queda da autonomia local, pela possibilidade de adaptação a essa realidade.

A operacionalização do PSF deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais. Para tanto, o impacto favorável nas condições de saúde da população adscrita deve ser a preocupação básica dessa estratégia. A humanização da assistência e o vínculo de compromisso e da co-responsabilidade estabelecido entre os serviços de saúde e a população tornam o Programa Saúde da Família um projeto de grande potencialidade transformadora do atual modelo assistencial (BRASIL, 1998b, p. 35).

Comungando com tal afirmação, Gonsalves (2005, f. 47) contribui, relatando que, no Brasil, o modelo de atenção tem alcançado “[...] materialidade com a construção da rede básica de saúde, [...] com o SUS e com a adoção dos Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde [...]”. E complementa ressaltando que o município passou a assumir o papel de personagem principal na gestão de serviços e prestação das ações de saúde a partir da NOB/96 (BRASIL, 1996), que teve como atribuição estabelecer outras modalidades de gestão do SUS e as condições de habilitação do Piso da Atenção Básica (PAB), além de criar o incentivo financeiro para os referidos programas, no sentido de buscar maior efetividade das ações de saúde.

Nesse contexto, vale considerar que a referida norma concebeu um intensivo movimento de descentralização, ou seja, transferência para os níveis estaduais e municipais de uma sucessão de responsabilidades, como também de recursos, objetivando a instalação e organização do sistema de saúde em todo o território

nacional. Esse avanço do processo de descentralização do setor saúde marca, então, consideravelmente, a década de 1990, especialmente porque o município, em todo o território nacional, mesmo que lenta e gradualmente, se torna o responsável principal pela gestão da rede de serviços sanitários, quer dizer, passa a prestar a maior parte das ações de saúde diretamente aos usuários (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR., 2001).

E, ainda, faz-se necessário registrar o quão importante foi a oficialização do PAB, por meio da Portaria n.º 1.882/GM, de 18 de dezembro de 1997, no sentido de enfatizar e garantir prioridade ao atendimento básico, isto é, tornar efetiva a ABS, considerando que o PAB altera toda a lógica de repasse de recursos, quer dizer, a descentralização financeira pela transferência de recursos federais para os municípios, de forma automática, fundo a fundo, regular e direta de um valor *per capita* e fixo, e não mais por número de procedimentos executados ou por pagamento por serviços prestados previamente. Essa decisão veio possibilitar à instância municipal maior autonomia, gestão da rede de serviços e responsabilidade na reorganização da Atenção Básica (BRASIL, 1997b).

Segundo Bodstein (2002), a lógica no financiamento passa a dissociar a produção do faturamento. E o mais importante é que os municípios recebem os recursos direta e regularmente para investimentos nos diversos procedimentos prioritários e fundamentais de Atenção Básica e de medidas promocionais e preventivas, possibilitando assim alteração no modelo de saúde e melhorando o acesso aos serviços e à qualidade da atenção prestada.

Em relação à associação de recursos repassados para a efetivação da proposta, Mendes (2006) chama a atenção para as experiências implantadas a partir do incentivo financeiro do Governo Federal, que, apesar disso, não podem realmente ser consideradas como estratégia, mas, sim, como programa, pois não vêm efetivando a reorientação das práticas sanitárias e, conseqüentemente, do modelo assistencial. Em contraponto, concorda com Gonsalves (2005), ao afirmar que outras experiências podem ser consideradas positivas, pela resolubilidade aproximada de 90%, redução das internações hospitalares, alteração do perfil de morbidade hospitalar e aumento da satisfação do usuário.

Desse modo, Mendes (2006, p. 273) ainda reafirma que Saúde da Família não é um programa, porém o nome “Programa de Saúde da Família” não tem que ser

eliminado, considerando que é uma estratégia transformadora e, portanto, necessita ser propagada. “[...] a sigla PSF pegou e constitui, hoje, uma boa marca política para a saúde da família”. Cabe esclarecer que esta autora adota a sigla ESF, por entender e concordar com Mendes (2006), quando afirma que um sistema de saúde como o SUS, que tem a equidade, a universalidade e a integralidade da atenção por seus princípios, ao admitir a Atenção Básica como programa, permitiria a não-aceitação desses princípios, pois estaria instituindo a discriminação da população excluída.

Comungam com esse ponto de vista Andrade, Barreto e Bezerra (2006, p. 802-803), quando relatam que, realmente, a implantação da ESF não foi apenas para organizar de forma temporária a ABS no SUS, e sim para estruturá-lo, considerando que as prioridades de atuação em saúde foram redirecionadas, que houve reafirmação de outra filosofia de atenção, bem como que se solidificaram os princípios organizativos daquele. Por tudo isto afirmam ser mais adequado referir a ESF como uma estratégia, e não como mais um dos vários programas de saúde, definindo-a como

[...] um modelo de *atenção primária*, operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das *equipes de saúde da família*, comprometidas com a *integralidade* da assistência à saúde, focado na *unidade familiar* e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da *comunidade* em que está inserido [...]”(ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006, p. 804, grifos do autor).

Os princípios dessa estratégia revelam que, apesar de a sua concepção teórica basear-se na prática da vigilância à saúde, a mudança do modelo assistencial vigente só se dará se houver uma reorganização de todo o processo de trabalho e do trabalho das equipes, com novos fazeres e práticas concretas para a produção da saúde. A ESF propõe mudanças no foco da atenção à saúde, além do âmbito individual e clínico para a produção social da saúde na coletividade, como também no “agir cotidiano dos profissionais” e na organização dos sistemas e serviços de saúde (FRANCO; MERHY, 2003).

Entretanto vale ressaltar que, de acordo com Ciampone e Peduzzi (2000, p. 144), para se efetivarem as mudanças propostas, é preciso “[...] construir um novo pensar e fazer nessa prática que requer alta complexidade de saberes, de desenvolvimento

de habilidades e de mudanças de atitude, por parte de toda equipe, o que se constitui em verdadeiro desafio”.

Assim como já enfatizado, a ESF apresenta-se como uma possibilidade de fortalecimento da Atenção Básica, por meio de várias ações conjugadas com as diretrizes e os princípios do SUS para a reestruturação do modelo de saúde. Tem como principais diretrizes operacionais a adscrição da população, a integração dos níveis de atenção à saúde, o planejamento estratégico local e regional, o trabalho em equipe, a ação intersetorial e o controle social.

4.2 MODELOS TECNOASSISTENCIAIS: AVANÇOS E DESAFIOS DA ESF

Segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2006), não se pode negar a expansão de acesso da população à ABS, porém os autores ressaltam que esse fato ocorreu concomitantemente a um processo contínuo de readequação e aprimoramento da ESF. Destacam ainda que tais discussões continuam ocorrendo nos três níveis de governo, com a participação de diversos atores envolvidos, o que caracteriza essa política como dinâmica e coletiva no processo de sua construção.

A ESF vem gradativamente consolidando-se como a estratégia estruturante fundamental da inversão das práticas sanitárias, pelo incremento da adesão dos municípios em todo o território nacional, porém não se pode desconsiderar que com dificuldades nas grandes cidades, principalmente nas que já tinham um sistema de saúde estruturado. Portanto, está posto um enorme desafio, e para tanto “Tem que ter capacidade política de operar a transição de um modelo dentro de outro [...]”¹².

A ESF tem sido criticada por alguns autores quanto ao seu real impacto na melhoria das condições de saúde e de vida da população sob sua responsabilidade, como podemos constatar pelo seguinte pensamento:

¹² ANDRADE, 2007.

Embora o PSF se constitua em uma iniciativa de mudança na saúde, algumas críticas têm sido elaboradas sobre sua real capacidade de fornecer atenção integral, oportuna, contínua, de qualidade e com humanização do atendimento. A análise do PSF/Qualis na região norte do município de São Paulo identificou que a ênfase da produção das unidades de saúde da família estava centrada na recuperação e na cura, viabilizada pela assistência prestada pelas equipes por meio, principalmente, da consulta médica e de enfermagem e associada a uma forte tendência ao pronto atendimento (SALUM, apud BARBOZA; FRACOLLI, 2005, p.1.037).

É importante considerar ainda: “Com o crescimento do PSF vislumbra-se a agudização de uma polêmica, especialmente nas instâncias acadêmicas e nas discussões entre gestores [...]”. A questão em pauta é se essa estratégia “[...] é a melhor alternativa para a estruturação de um novo modelo assistencial” (SILVA, 2001, p. 280). Esse autor ressalta também que a ESF não deve ser considerada como a única forma de mudança do modelo assistencial e, quando da sua escolha, esta deve ter coerência com a realidade na qual será implantada.

Outra questão levantada é se o estímulo financeiro para a expansão dos serviços de saúde na área da Atenção Básica e a “autonomia” municipal na direção da ESF trazem efetivamente impacto na qualidade dos serviços e conseqüentemente na saúde das pessoas. Tal questionamento foi explicitado por Campos,¹³ que, enfaticamente declara: “Nós, aqui, estamos desde 1994, quando o saúde da família foi criado, arrastando nosso modelo de atenção básica com uma série de dificuldades de financiamento, de política de pessoal e de modelo”. Destaca ainda a baixa cobertura da estratégia, que abrange apenas 40% da população brasileira, apesar de já se ter passado mais de uma década da sua implantação.

Complementa-se o cenário posto com Santos,¹⁴ que relata que o problema da política de saúde brasileira se encontra “[...] nas entrelinhas, nas tais estratégias desviantes, na política implícita [...]”, enfatizando “[...] a financeirização do orçamento público da saúde, as muitas e complicadas modalidades de repasses federais, a remuneração insuficiente dos serviços, as contratações feitas sob normas escritas invisivelmente [...]”. Conforme colocado pelo autor, essa situação acarreta a falta de equilíbrio e de articulação tanto nos princípios como nas diretrizes do SUS, resultando dessa forma na “[...] universalidade fragmentada, iníqua, sem equidade e integralidade”.

¹³ CAMPOS, 2007.

¹⁴ SANTOS, 2007.

Diante do exposto, implantar a ESF não é tarefa simples e fácil como pode parecer, pelo contrário, traz em seu bojo, além das dificuldades anteriormente descritas, uma série de responsabilidades inovadoras de gestão bem como a necessidade de profissionais de saúde habilitados e com maior comprometimento com a proposta em questão. Campos¹⁵ contribui ao complementar que a ABS realmente necessita estabelecer a demarcação de “[...] papel e de metas e responsabilidades, [...]”. Inclui ainda no seu discurso a defesa da “[...] prática de trabalho interprofissional através da transdisciplinaridade e de um método que combine dialogicamente ofertas clínico-sanitárias e demandas do usuário [...]”.

Andrade, Barreto e Bezerra (2006) argumentam que o desafio, especialmente para os gestores municipais, é superar a expansão quantitativa do acesso à ESF e focalizar numa discussão mais centrada na qualidade das suas ações e sua integração com os serviços da rede de atenção, para impactar efetivamente na saúde dos usuários do SUS.

Outro ponto a ser considerado na efetivação da estratégia para reestruturação do modelo assistencial, além da mudança no foco das ações curativas para as preventivas e promocionais, por meio da integração de ações intersetoriais, é “[...] o componente relacionado com o apoio da comunidade [...]” (TRAD; BASTOS, 1998, p. 433).

Goulart (1990) também traz essa questão quando afirma que é necessário conquistar uma credibilidade social das propostas de mudança, por meio da consciência social ou sanitária dos diversos atores incluídos nos processos de decisão.

Para promover a saúde na sua concepção ampliada, as ações desenvolvidas extrapolam a competência do setor saúde, sendo imprescindível a busca de parcerias para agir intersetorialmente, com impacto nos determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais, por meio de políticas públicas integradas que propiciem o desenvolvimento integral da saúde. A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de

¹⁵ CAMPOS, 2007.

saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

Essa conquista pode ser concretizada pelo fortalecimento das instituições e dos segmentos sociais, bem como dos Conselhos de Saúde, como, por exemplo, o municipal, com controle social efetivo na eleição e priorização dos problemas de saúde da realidade da população local. A participação de todos os atores envolvidos na construção desse processo é primordial, a fim de que a estratégia seja validada e seus objetivos efetivamente atingidos para a mudança concreta do modelo de atenção.

As transformações das práticas passam pela emergência e valorização de novos saberes, por uma postura mais dialógica da equipe entre si e com os usuários, por uma abertura conceitual e científica, em relação a um modelo da Biomedicina e uma maior responsabilidade política e ideológica dos gestores (FAVORETO; CAMARGO, 2002, p. 59).

Considerando-se as enormes dificuldades na mudança das práticas sanitárias, enfatiza-se a contribuição de Silva Junior (1998, p. 33), que ressalta, com bastante propriedade, uma dentre tantas destas, a incorporação de uma concepção de saúde ampliada, ressaltando que a “[...] concepção de saúde não reducionista deveria recuperar o significado do indivíduo em sua singularidade e subjetividade na relação com os outros e com o mundo”. Assim, é importante melhorar a relação estabelecida entre os membros da equipe e desta com os usuários, tendo como imagem objetivo a solidariedade com o próximo, o respeito à vida humana e a abertura para uma nova concepção cultural dos diversos atores envolvidos na produção social da saúde.

Nesse contexto, considera-se importante registrar que, em agosto de 2007, foi realizada em Buenos Aires a Conferência Internacional de Saúde para o Desenvolvimento: “Direitos, Fatos e Realidades” (não publicado)¹⁶, com o propósito de analisar as conquistas e dificuldades para efetivação da Atenção Básica e a partir daí instituir propostas efetivas para consagração da equidade pautada na ABS, uma vez que, após quase 30 anos de Alma-Ata, “[...] ainda é lamentável a situação de saúde de grande parcela da humanidade, pois a mesma ainda não goza de uma

¹⁶ CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE PARA O DESENVOLVIMENTO: “DIREITOS, FATOS E REALIDADES”, 2007, Buenos Aires. **Declaração**. [s.n.], 2007, disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/eventos_novo/dados/arq6751.pdf>. Acesso em 28 mai. 2008.

atenção à saúde integral, eqüitativa ou nem sequer básica”. Para tanto, alguns princípios foram pactuados:

[...]

13. A saúde é uma causa e fator gerador de desenvolvimento e crescimento de uma nação. É por este motivo que consideramos a saúde como investimento e não como despesa, e também como uma responsabilidade do Estado e do conjunto da sociedade.

14. A atenção à saúde baseada na equidade é um fator chave para o desenvolvimento e pode estimular enfoques equitativos em outros setores. Isto requer políticas públicas fortes, que incluam todos os atores sociais.

15. Para alcançar equidade em saúde é imperativo avançar em direção à cobertura universal e integral de saúde para a população mundial, com enfoque de gênero, inclusão, não-discriminação e priorização de grupos vulneráveis.

Tais princípios requerem dos gestores do setor saúde a efetivação de parcerias com os demais setores afins que a gestão das políticas públicas mantenha relacionamento direto com a promoção da saúde da população.

5 A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA: SINGULARIDADES E PERCURSO SANITÁRIO

Vitória é a capital do estado do Espírito Santo e faz parte da Região Metropolitana da Grande Vitória. Possui uma população estimada de 317.085 habitantes, numa área de 93 km² (BRASIL, 2006d). Segundo o relatório da Organização das Nações Unidas de 2000, é a terceira capital brasileira em qualidade de vida por apresentar uma taxa de frequência escolar de 93%, uma taxa de alfabetização de 95% e uma expectativa de vida de 70,74 anos (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, Acesso em 12 jul. 2007).

É uma das seis cidades brasileiras mais antigas e está composta por mais de oitenta bairros espalhados por uma ilha, que apresenta um cenário extremamente interessante, como podemos constatar:

Ao lado da modernidade das construções, sobrevivem regiões que guardam a tradição dos pescadores artesanais e a arte centenária das painéis de barro. Passado e presente convivendo num mesmo tempo histórico, com suas exigências próprias, que se traduzem no quadro sanitário que precisa estar atento aos males do progresso e às dívidas sociais do passado, ainda não resgatadas (MONTENEGRO et al, 2000, p. 26-27).

Acrescenta-se que Vitória foi também considerada pelo UNICEF em 2000 a melhor capital do País para o desenvolvimento de crianças até seis anos de idade e obteve em 2002 o melhor índice de satisfação da população com os serviços públicos, entre as capitais brasileiras, conforme demonstrado por pesquisa da Fundação Getúlio Vargas (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, Acesso em 12 jul. 2007).

Silva (2004) relata que o sistema de saúde do Município iniciou sua efetiva configuração a partir de 1989, ocasião em que a administração municipal incluiu em sua agenda de prioridades a realização de mudanças nos contextos econômicos, administrativos e sociais; neste último, por meio de estimulação ao controle social.

Segundo a Prefeitura Municipal de Vitória (2001b) nos últimos dezoito anos a gestão pública municipal vem centrando sua atenção na qualidade de vida e na construção da cidadania de sua população. No que tange ao setor saúde, dentro dessa perspectiva, vem buscando a efetivação de um sistema de saúde que contemple atenção universal, integral e com qualidade para os seus munícipes. Para tanto, estabeleceu, a partir de 1992, algumas diretrizes e princípios norteadores no sentido

da construção de um modelo assistencial capaz de efetivar a consolidação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), pautado na participação popular, na descentralização, na democratização, na territorialização, na intersetorialidade e na prática da vigilância à saúde, que se deu de forma gradativa e processual, conforme descrito a seguir.

Inicialmente, entre 1992 e 1993, realizou-se a divisão do Município em regiões de saúde e a implantação da prática da vigilância à saúde, possibilitando ações intersetoriais baseadas no perfil epidemiológico e na participação da população. Deste período até 1994, houve a elaboração dos diagnósticos situacionais de saúde das regiões e do processo de identificação, explicação e priorização dos principais problemas de saúde a serem enfrentados. Registra-se ainda que esses eventos possibilitaram a participação de diferentes atores, entre eles representantes da população.

Em 1995, iniciou-se o processo de territorialização, objetivando a implantação do novo modelo de atenção à saúde, baseado no SILOS, com os territórios então definidos em número de vinte e dois e cada um deles com uma unidade de saúde de referência, de posse de seus diagnósticos incorporados das necessidades da população adscrita bem como do planejamento local das ações de saúde. Posteriormente, iniciou-se a implantação dos CLSs, objetivando democratizar a gestão da saúde e propiciar a participação e o controle social.

A Prefeitura Municipal de Vitória (2001b) acrescenta ainda que foram debatidos os caminhos e possibilidades para a melhoria da qualidade da assistência à saúde por meio da realização de Conferências Regionais de Saúde. Como encaminhamento dessas discussões surgiu a proposta de implantação da Saúde da Família, considerada a melhor estratégia para a organização da Atenção Básica, aumentando a responsabilidade institucional no sentido de ampliar o acesso aos serviços de saúde.

Nesse caminhar, a ESF emergiu como ferramenta para organização do primeiro nível de atenção, em consonância com as linhas diretrizes da SEMUS, preconizadas para a mudança do modelo assistencial no sentido da garantia do acesso efetivo aos serviços, no contexto da promoção da saúde, por meio de ações resolutivas e do estabelecimento do vínculo do serviço com a população (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITORIA, 1999).

A Prefeitura Municipal de Vitória (2001b) complementa que, em 1998, o Município habilitou-se na condição de Gestão Plena da Atenção Básica, de acordo com a NOB/96 (BRASIL, 1996). Nesse período, após ter sido aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), iniciou a implantação do programa na Região de Saúde de São Pedro, pela destacada mobilização tanto da população quanto dos profissionais de saúde, e também pela decisão da Administração de dar continuidade ao processo de desenvolvimento social em construção.

Corroborando com o relato acima, Dias (2002, p. 37) afirma que, “[...] nos primeiros passos do PSF em Vitória, a preocupação era beneficiar os bairros mais carentes [...]”. Os territórios identificados inicialmente para tal implantação também foram contemplados por um projeto de intervenção social de morros e palafitas – Projeto Terra – da administração municipal, numa integração intersetorial para as necessidades locais, a fim de promover a urbanização das partes altas, o saneamento básico, a preservação do ambiente, o incentivo à melhoria das residências, a implementação de programas sociais, com conseqüente desenvolvimento da comunidade local.

Dessa forma, a ESF começou com cinco equipes de saúde da família, correspondendo a uma cobertura de 10% da população do Município, em unidades de saúde convencionais, exceto a de Resistência, que já iniciou suas atividades em USF, devido ao fato de até então esse território ser desprovido de UBS. Além da equipe de saúde da família da unidade de Resistência, as outras quatro foram implantadas consecutivamente em Jesus de Nazareth, Fonte Grande e duas em Andorinhas.

O autor ressalta ainda o benefício que o modo de trabalho dessas equipes representa, na medida em que possibilita a inclusão das pessoas no sistema de saúde, e faz o seguinte depoimento:

Ao invés de esperar pelo paciente nos postos, como fazem os sistemas tradicionais, as equipes saíram dos limites dos postos e foram às ruas buscar os moradores nas casas, fazer cadastramento, conhecer a realidade das famílias, realizar diagnósticos por bairro e intervir nos problemas junto com a maior interessada - a população (DIAS, 2002, p. 37).

É importante registrar que, de acordo com a pesquisa realizada em 2002, “Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família (PSF) em Grandes Centros Urbanos – Dez Estudos de Caso”, elaborada pela Fundação Oswaldo Cruz, em Vitória a

população reagiu de modo receptivo à implantação dessa nova prática, o que também se verifica no depoimento de Dias (2002), que associa o apoio da população pela ampla participação nas discussões para a resolução dos problemas referentes ao sistema de saúde municipal. A pesquisa aponta ainda que, nessa ocasião, houve manifestação de apoio dos vários segmentos da sociedade como gestores estaduais e municipais, profissionais internos e externos à rede municipal, CMS, Associação de Moradores e Grupos Religiosos. E também que as entidades de classe (Conselho Regional de Medicina e Conselho Regional de Enfermagem) e o setor privado não se manifestaram (BRASIL, 2005).

A inserção do PSF não foi apenas uma mudança da forma de atendimento em saúde. A preocupação que estava na base de tudo era a da efetiva transformação das condições de vida das pessoas. Uma coisa é mirar num problema específico, que exige uma solução que se consegue com medidas de ordem técnica, outra, muito mais ambiciosa, é propor alterações filosóficas, que impliquem, além das atitudes pontuais, um investimento em consciência, em participação social, em ampliação coletiva de consciência (MONTENEGRO et al, 2000, p. 27).

A implantação das equipes ocorreu de forma diretamente proporcional às necessidades das comunidades: “[...] onde as carências eram maiores, deveriam ser concentrados os melhores recursos disponíveis. Outra maneira de traduzir o preceito constitucional da eqüidade” (MONTENEGRO et al, 2000, p. 27). Todas essas equipes eram compostas por médico, enfermeiro, sanitarista, auxiliar de enfermagem e ACSs. A equipe de Resistência contava ainda com profissional do serviço social (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 1999). Desse modo, nota-se que a composição das equipes, no momento inicial de sua implantação, extrapolava a equipe mínima estabelecida pelo MS, numa visão ampliada da importância da equipe multiprofissional para o trabalho interdisciplinar de forma a atender integralmente às necessidades locais:

[...] o Programa deve ser entendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional – de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da eqüidade – e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes (BRASIL, 1998b, p. 9).

Por ser reconhecido como uma estratégia o Programa foi então implantado com a finalidade de uma atenção integral e, ao longo do tempo, para as famílias sob sua responsabilidade, isto é, de um território de saúde definido. Esse território tem sido considerado essencial para a organização dos serviços de saúde em consonância

com as realidades locais, para garantir que a atenção seja centrada tanto nas necessidades individuais como nas coletivas. Por isso, pode ser conceituado “[...] como lugar de potencialidades [...]” e também como “[...] a dimensão corpórea da existência, onde a sociedade pode revelar sua natureza em materiais simbólicos e históricos [...]”¹⁷.

Atualmente o sistema de serviços de saúde do Município está composto por vinte USFs, oito unidades convencionais, quatro delas com implantação do PACS; dois PAs; uma policlínica de especialidades; onze módulos de orientação ao exercício físico; sete centros de referência e um laboratório municipal de análises clínicas com 22 postos descentralizados de coleta de material. Esses serviços estão distribuídos nas seis regiões de saúde que agregam os 27 territórios de saúde, conforme demonstrado na Figura 1 (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2008b).

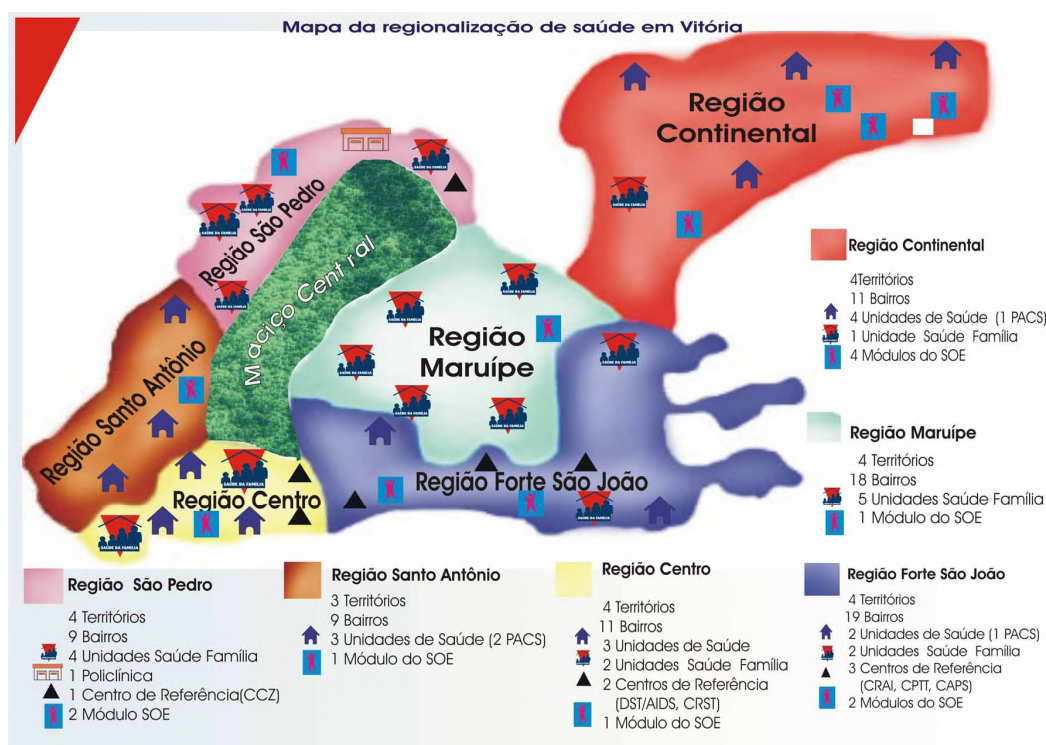


Figura 1: Mapa da regionalização da saúde e equipamentos próprios da rede municipal

Fonte: Prefeitura Municipal de Vitória, 2008b.

¹⁷ BARBOSA, J. L. **Território como espaço produtor de potencialidades**. Palestra ministrada no 3.º Ciclo de Debates “Conversando sobre a Estratégia de Saúde da Família”, realizado no Rio de Janeiro, em maio de 2007.

O Município apresentava, em janeiro de 2008, uma cobertura de 59,32% da população com a ESF e 9,55% com o PACS (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2008a).

O perfil epidemiológico do Município é semelhante ao do País. Dados de 2007 mostram que a mortalidade foi representada por três principais causas: as doenças do aparelho circulatório, seguida das neoplasias e dos óbitos decorrentes de causas externas. Nesta última, chamamos a atenção para a violência, pois é a principal causa de morte, com destaque para os homicídios por arma de fogo, de uma população na faixa etária de 15 a 49 anos. Os coeficientes da mortalidade proporcionais dos três agravos respectivamente foram: 28,95%; 18,95%; e 14,79%.¹⁸ Em relação à morbidade as principais causas destacadas foram as doenças do aparelho digestivo, do aparelho respiratório e do aparelho circulatório.¹⁹

5.1 A REGIÃO DE SÃO PEDRO E SUA TRAJETÓRIA NO CONTEXTO SANITÁRIO DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA

A Região de São Pedro é uma das seis regiões de saúde do Município, localizada ao norte-noroeste e banhada pelas águas da baía de Vitória. É uma região litorânea, com extensa área de manguezal.

A Região é marcada historicamente por meio da luta de sua população pela conquista de cidadania e melhora qualitativa da sua forma de viver. “[...] A história da mobilização popular de São Pedro transformou-se no filme ‘Lugar de toda pobreza’, produzido pelos jornalistas Amylton de Almeida e Carlos Henrique Gobbi [...]”, (GURGEL, 2004, p. 38) baseado na denúncia de várias situações, entre as quais as irregularidades no depósito do lixo hospitalar. O autor acrescenta que o depósito sistemático do lixo foi um fator determinante na organização da população em torno da cata e da comercialização do lixo, atividade especialmente sob controle

¹⁸ Os dados informados constam do Sistema de Informação de Mortalidade, sistematizados em nível municipal, obtidos por meio da tabela de Grupos de Causas de Óbitos por Faixa Etária em Residentes de Vitória, na data de 27 de maio de 2008.

¹⁹ Os dados informados constam do Boletim Único de Produtividade, sistematizados em nível municipal, obtidos por meio da tabela Morbidade por Região de Saúde do Município de Vitória, na data de 27 de maio de 2008.

das mulheres. Com essa organização, a população paulatinamente conquistava benfeitorias por meio da sua própria mobilização.

Por mais inacreditável que possa parecer, essa luta era para dividir espaço com moscas, baratas, ratos e outros transmissores de moléstias e para disputar restos de alimentos com urubus, porcos, cães e ratos. Para o povo de São Pedro, o lixo representava alimentação, trabalho (comércio de restos) e moradia (aterro que produzia a superfície urbana sobre a qual eram construídas as casas) (GURGEL, 2004, p. 37).

Segundo a Prefeitura Municipal de Vitória (1995), a ocupação dessa região ocorreu a partir dos anos 1970, por meio de invasões de famílias migrantes do interior do Estado, do sul da Bahia, do leste de Minas Gerais e do norte do Rio de Janeiro, em decorrência das oportunidades geradas com os grandes projetos industriais da Região Metropolitana. Tais invasões ocorreram majoritariamente nas áreas de mangue, em forma de palafitas. Concomitantemente, outros locais foram aterrados pelos moradores que utilizaram para isso o lixo urbano ali depositado regularmente pela Administração Municipal. Posteriormente, a ocupação do manguezal ampliou-se até o canal marítimo, sob a forma de subabitações que apresentavam pouca ou nenhuma condição sanitária. Gurgel (2004, p. 27) acrescenta que “[...] essa região foi cenário de um dos mais significativos movimentos populares ocorridos no Estado do Espírito Santo: uma luta pela moradia”.

Década de 70: o desemprego é motivo de angústia entre um enorme contingente de famílias oriundas do campo e que não param de chegar à Grande Vitória. No contorno da cidade, o mangue ainda é a moradia de caranguejos. Mas essa realidade muda de repente no início de 1977 quando surge o bairro São Pedro. Em abril daquele ano a 'rádio-peão' – a informação passada de boca em boca – levou para o local dezenas de famílias, originando a maior ocupação de terras de todos os tempos na capital do estado. Onze anos depois, com uma população aproximadamente de vinte mil pessoas, a Grande São Pedro é reflexo do poder de organização popular (MORADORES... apud SILVA, 2004 p. 55).

Conforme Fonseca (2003), nessa antiga área de lixão, houve vasto processo de urbanização, que começou no fim dos anos 1980 com a delimitação da área de manguezal preservada e de conquista social, por meio dos investimentos nas áreas de saúde, educação, habitação, saneamento básico, segurança e, principalmente, da implantação de políticas públicas de ocupação produtiva e geração de renda, e dos projetos de incentivo ao turismo, tais como o trabalho das desfiadeiras de siri, a instalação de restaurantes típicos e a valorização da rota do manguezal, possibilitando melhoria na qualidade de vida da sua população. Ressalta também que todo o investimento realizado somente ocorreu devido à continuidade do Projeto

São Pedro, em sucessivas administrações municipais e especialmente por meio da firmeza e garra da população na luta para mudar a situação em que se encontrava, objetivando tornar seus direitos como os dos demais munícipes de Vitória.

Gurgel (2004, p. 40) relata que a idéia da construção da Usina de Triagem e Compostagem de Lixo pelo Município a princípio teve resistência da Associação de Moradores, que “[...] temia a perda do ganha-pão dos catadores. Apesar do lixo simbolizar sua miséria, significava também sua riqueza”. Porém, segundo Semus (1997, apud SILVA, 2004), a usina, além de absorver todo o lixo anteriormente depositado no manguezal, empregou para sua operação os antigos catadores, que continuaram organizando-se e formaram o primeiro Sindicato de Catadores de Lixo do País, atuante até hoje. A Prefeitura Municipal de Vitória, afirma ainda que essa população se organizou em associações, movimentos comunitários, reivindicando seus direitos e participando nas decisões do Município por meio dos fóruns instituídos, como Conselhos e Conferências de Saúde, inclusive com destaque nas assembléias para discussão do Orçamento Popular.

A grande maioria das residências da região (86%) é de alvenaria e conta com abastecimento de água, através da rede pública, num total de 99,81% da população. A coleta de lixo apresenta uma cobertura de 99,32% e o sistema de esgoto beneficia 99,03% dos moradores (BRASIL, 2008).

De acordo com a Prefeitura Municipal de Vitória (acesso em 12 jul. 2007), o tempo médio de estudo dos responsáveis pelos domicílios é de cinco anos com alfabetização da população em torno de 84,5%. A renda média da população está entre um e três salários mínimos, predominando a economia informal. Fonseca (2003) acrescenta que essa população se caracteriza pela presença de muitos pescadores e desfiadeiras de siri, que se organizaram em associação e cooperativa, conquistando com sucesso o desenvolvimento e o reconhecimento do seu trabalho pela sociedade capixaba.

A área geográfica da região compreende dez bairros, distribuídos em quatro territórios de saúde e doze microáreas, que têm como referência quatro USF, responsáveis por 31.648 habitantes, de 8.830 famílias cadastradas. Ressalta-se ainda que 6,78% da população dessa região possui plano privado de saúde (BRASIL, 2008). Os bairros e territórios de saúde da Região de São Pedro podem ser observados na Figura 2.

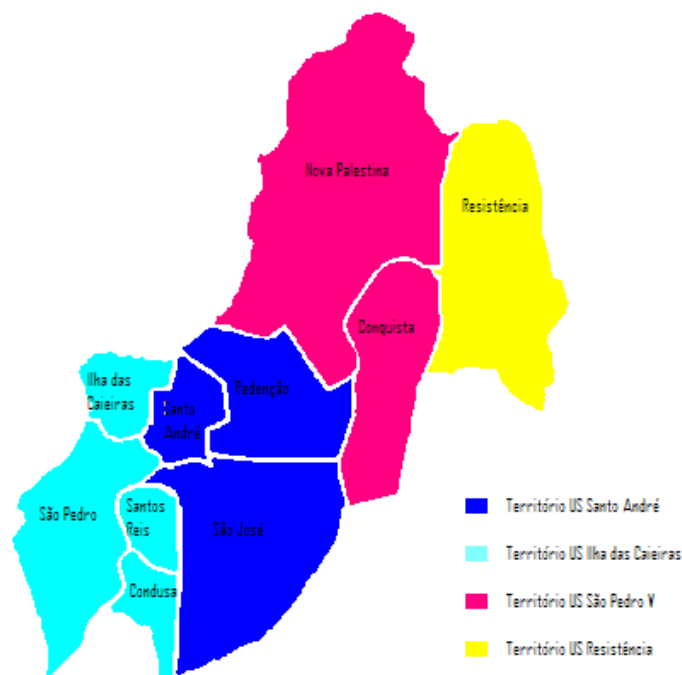


Figura 2: Divisão por bairros e territórios de saúde, Região de São Pedro
Fonte: Prefeitura Municipal de Vitória, 2007.

As quatro USF contam com doze equipes de saúde, cada uma composta por médicos generalistas, odontólogos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário, técnicos de higiene bucal e ACSs. Além dessa equipe básica preconizada pelo MS, o Município conta com uma equipe ampliada, que compreende outros profissionais, como o pediatra, o assistente social e o psicólogo (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 1999).

A região conta ainda no seu quadro de serviços de saúde com um Centro de Controle de Zoonoses, responsável pela vigilância ambiental dos fatores biológicos e não biológicos; dois módulos do Serviço de Orientação ao Exercício e uma Policlínica, para suporte às USFs quanto às especialidades médicas e atendimento às urgências médicas e odontológicas (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2008b).

A Prefeitura Municipal de Vitória (2001b) registra que todo o processo de mudanças do modelo assistencial começou em 1994, envolvendo profissionais de saúde e usuários em extensos debates, a fim de construir um modelo equitativo, eficiente e eficaz, conseqüentemente mais resolutivo, uma vez que as unidades básicas funcionavam, até essa época, de forma tradicional, ou seja, por atendimento a demanda espontânea. O referido processo teve sua operacionalização iniciada no

ano seguinte, com a territorialização da região, a definição das áreas de abrangência das unidades e a implantação de CLSs nas mesmas. A apropriação dos territórios pelas unidades concretizou-se a partir da realização do diagnóstico de saúde e da programação de ações em consonância com esse diagnóstico, de forma a acompanhar melhor a população sob sua responsabilidade.

Novamente a Prefeitura Municipal de Vitória (2001b) registra que, com o decorrer do tempo, a SEMUS não observou alteração no processo de trabalho das unidades, ou seja, continuavam com uma prática sanitária tradicional de livre demanda, reproduzindo fortemente o modelo hegemônico, pautado na ação curativa e centrado na doença, portanto sem avanço na consolidação do modelo proposto. Devido a tal constatação, houve novamente uma intensa mobilização da população, dos profissionais, do CLS e de atores extra-setor saúde nessa busca, culminando numa Conferência Regional de Saúde, na qual ficou deliberado por consenso que a implantação da ESF seria a forma mais adequada para alcançar o tão desejado modelo de atenção.

Nesse aspecto, a Prefeitura Municipal de Vitória (1999) acrescenta que, de acordo com os critérios estabelecidos pelo Município – indicadores de saúde desfavoráveis e índice de pobreza mais relevante –, para implantação da ESF, em fevereiro de 1998 a primeira equipe de saúde da família iniciou seus trabalhos no bairro Resistência. Essa região foi escolhida a fim de oportunizar maior acesso aos serviços de saúde para os que mais precisavam, ou seja, pela necessidade de cumprir o princípio da equidade e do resgate da cidadania da sua população.

Também não se pode deixar de resgatar o registro da Prefeitura Municipal de Vitória (2001b) quanto à necessidade sentida pela equipe de saúde, ainda em meados de 1998, de estratégias para articular e organizar regionalmente os serviços de saúde, no sentido de maior efetividade e resolutividade das suas ações. Daí surgiu a proposta de ampliação da cobertura de equipes de saúde da família para todas as unidades de saúde, as quais teriam um tempo para apropriar-se dessa nova prática. Somente após essa etapa é que a região seria contemplada com um serviço de referência, a Policlínica. Tal projeto foi aprovado pela comunidade e pelo gestor da SEMUS, porém sua efetivação deu-se em tempos invertidos, quer dizer, a Policlínica foi inaugurada objetivando operacionalizar a atenção secundária anteriormente à organização da Atenção Básica pela implantação das equipes de saúde da família.

A ruptura pela SEMUS do pacto estabelecido ocasionou conflitos, resistências e descrédito dos atores locais diante de outras propostas oriundas da Secretaria, uma vez que esta, além de descumprir o acordo, não deu satisfação por tal atitude.

Para a SEMUS, de acordo com Prefeitura Municipal de Vitória (2001b), a ABS encontrava-se organizada no Município e na Região de São Pedro, portanto colocava em sua agenda de trabalho o desafio de organizar toda a rede de atenção, apesar de não ter nenhuma gestão sobre os outros níveis de complexidade. Surgiu, então, o projeto de estruturação e integração da rede de serviços denominado Sistema Integrado de Serviços de Saúde (SISS). Em 2000, iniciou-se esse processo na Região de Saúde de São Pedro com o Projeto Integrar, nome escolhido por adotar metodologia participativa da comunidade.

Os SISSs, de acordo com a Prefeitura Municipal de Vitória (2001b, p. 9), podem ser definidos como:

[...] uma reforma nos sistemas de saúde, empreendida no nível local, voltada para a gestão dos riscos populacionais e da oferta e utilização dos serviços e realizada por uma rede integrada de unidades de saúde que prestam uma atenção contínua a determinada população.

O SISS teve por finalidade promover a atenção integral, contínua e resolutiva, quer dizer, garantir que os serviços fossem prestados na forma, hora, lugar e a um custo certo. Para tanto, o acesso aos serviços de maior complexidade deveria ser garantido sempre que a necessidade de saúde extrapolasse o âmbito da Atenção Básica. Portanto, a ESF passou a ser concebida como uma estratégia de reorganização de todo o sistema de saúde e não somente do primeiro nível de atenção (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2001b).

Nesse contexto, em setembro de 1999 de acordo com Prefeitura Municipal de Vitória (2001b) a Policlínica São Pedro foi inaugurada, com o objetivo de organizar uma parcela da atenção secundária na região e de oferecer PA, principalmente nos fins de semana, das 7 às 19 horas. Com exceção dos casos de urgência, a porta de entrada (primeiro contato) dos usuários deveria dar-se com uma equipe de saúde da família do território onde reside. Sua organização foi pautada na lógica do SISS, no intuito de garantir a continuidade do cuidado em saúde, ofertando à população serviço de PA em clínica geral, pediatria, cirurgia ambulatorial e urgência odontológica. Mais tarde, seu horário foi estendido até as 22 horas e, posteriormente, passou a funcionar por 24 horas, todos os dias da semana,

ininterruptamente. A Policlínica também oferece serviço de apoio diagnóstico, em patologia clínica, radiologia e eletrocardiografia e apoio terapêutico com dispensação de medicamentos. Em dias úteis, oferece ainda consultas nas especialidades de cardiologia, dermatologia, oftalmologia, neurologia, psiquiatria, urologia e homeopatia, além de atendimento odontológico em endodontia.

Vale registrar que o perfil epidemiológico da região difere do municipal como um todo quanto ao coeficiente de mortalidade proporcional por grandes causas. Assim, no ano de 2007, destacaram-se por ordem decrescente: as causas externas com um coeficiente de 27,67%; as doenças do aparelho circulatório com 23,90%, e as neoplasias, com 15,09%.²⁰ Já em relação às causas externas, o perfil regional segue o mesmo padrão municipal no item violência, o qual também é a principal causa de morte, com destaque para os homicídios por arma de fogo de indivíduos na faixa etária de 15 a 49 anos. A morbidade também não segue o padrão municipal quanto às principais causas. Nesse cenário, destacam-se doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo e doenças da pele e do tecido subcutâneo.²¹

²⁰ Os dados informados constam do Sistema de Informação de Mortalidade, sistematizados em nível municipal, obtidos por meio da tabela de Grupos de Causas de Óbitos por Faixa Etária na Região de São Pedro em Residentes de Vitória, na data de 27 de maio de 2008.

²¹ Os dados informados constam do Boletim Único de Produtividade, sistematizados em nível municipal, obtidos por meio da tabela Morbidade por Região de Saúde do Município de Vitória em 27 mai. 2008.

6 METODOLOGIA

6.1 DESENHO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo que privilegia a abordagem qualitativa, por meio da pesquisa exploratória. Essa abordagem foi adotada com a intenção de alcançar os objetivos estabelecidos para este estudo.

A opção pela abordagem qualitativa deu-se pela sua capacidade de “[...] incorporar a questão do Significado e da Intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, [...] como construções humanas significativas” (MINAYO, 1998a, p. 10). É importante ainda ressaltar que, “[...] a partir do campo das ciências sociais, tal abordagem se presta para focalizar estudo de instituições, grupos, movimentos sociais e conjunto de interações pessoais” (DESLANDES; GOMES, 2005, p. 82).

Trata-se também de uma pesquisa exploratória que, para Tobar e Yalour (2004, p. 69) tem por finalidade o conhecimento de uma realidade não muito elaborada por outros autores, ou seja, a investigação exploratória é “[...] realizada em área e sobre problemas dos quais há escasso ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado [...]”.

6.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada na Policlínica São Pedro do município de Vitória, no estado do Espírito Santo, por pertencer a uma das seis regiões de saúde, a Região de São Pedro. A definição por essa região deu-se não só por ter sido a primeira a contar com equipe de saúde da família e ter 100% da população coberta pela ESF, mas também pelo fato de a Policlínica ter sido construída com o objetivo de (re)organizar a atenção secundária, especialidades e serviço de PA à população da

região, sendo dessa forma referência para as USFs, na (re)organização do sistema de saúde em nível regional.

6.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Para a seleção dos participantes foram utilizados critérios de inclusão, tais como ser residente da Região de São Pedro por um tempo mínimo de seis meses e ter procurado a Policlínica para atendimento no PA, por demanda ambulatorial espontânea, no horário de funcionamento das USFs.

Em contrapartida, foram demarcados os seguintes critérios de exclusão: ter procurado a Policlínica para atendimento em especialidades médica e/ou odontológica; ter procurado o PA da Policlínica para atendimento das situações de urgência e condições agudas de doenças.

Os participantes do estudo foram os moradores da Região de Saúde de São Pedro que usam os serviços do PA da Policlínica. Os usuários foram selecionados intencionalmente, pois essa participação foi condicionada aos seguintes fatores: aceitar voluntariamente participar do estudo, por meio do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo usuário ou por familiar responsável, quando o usuário fosse menor de idade, bem como ajustar-se aos critérios de elegibilidade, ou seja, inclusão e exclusão, previamente estabelecidos.

Buscou-se estabelecer uma amostra exemplar dos usuários do PA: 22 usuários foram abordados para participar da pesquisa. Desses, onze aderiram ao estudo, todos do sexo feminino, com idade variando entre 17 e 65 anos, predominando a faixa etária de 20 a 30 anos. Vale ressaltar que, dos onze restantes, três eram do sexo masculino e nenhum teve interesse em participar. Quatro não se enquadraram nos critérios de inclusão e duas estavam enquadradas nos de exclusão. Outra aceitou a princípio, porém desistiu, alegando falta de tempo. A última dessa relação interessou-se em participar, mas recusou-se a ter a entrevista gravada.

As entrevistadas são moradoras dos seguintes bairros da região: Resistência (3), São Pedro V (3), São Pedro IV (1), São Pedro III (3) e Santo André (1). O tempo de

moradia variou de um a trinta anos, sendo distribuídos da seguinte forma: de um a dez anos (5), de onze a vinte anos (3), de vinte e um a trinta anos (3), conforme exposto no Gráfico 1.

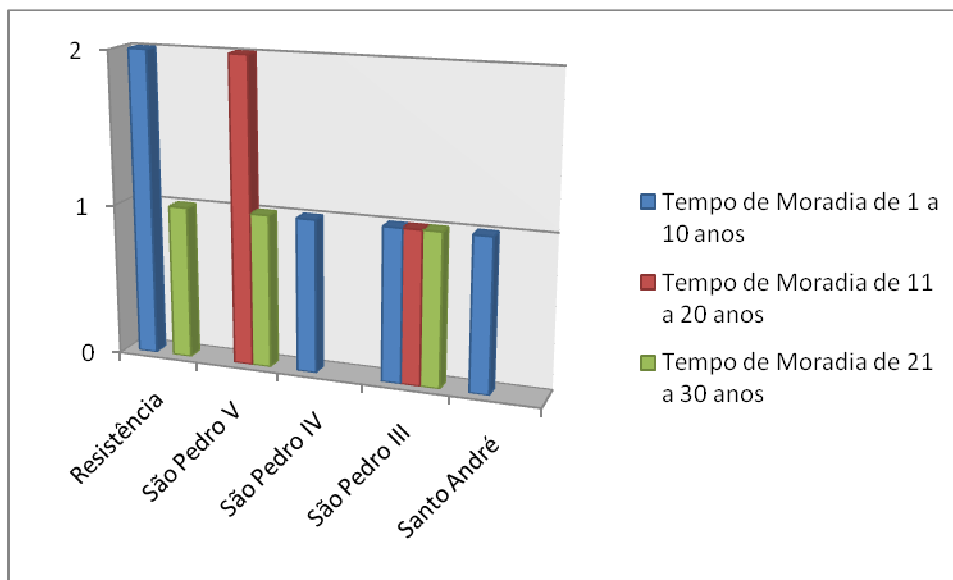


Gráfico 1 – Distribuição das entrevistadas por bairro e tempo de moradia.

6.4 COLETA DOS DADOS

Com o objetivo de ampliar o campo da pesquisa, foi realizado um levantamento de informações sobre o sistema de saúde municipal, por meio da análise de relatórios gerenciais (diagnóstico, pesquisas, projetos, plano de ação, relatório de gestão) no âmbito da SEMUS.

Complementarmente à análise documental foi realizada a coleta de informações por meio da interação entre pesquisador e informante, mediante entrevista, escolhida como instrumento para essa etapa, por ser reconhecida como “[...] uma ‘conversa com finalidade’ [...]” (MINAYO, 1998b, p. 99), isto é, pela intencionalidade de compreender a percepção dos sujeitos contemplados na pesquisa. Para tanto, foi feito uso da modalidade semi-estruturada, possibilitando ao entrevistado discorrer sobre temas que precisavam ser abordados, relativos ao objeto em estudo, contidos num roteiro de entrevista, formulado com algumas perguntas-guia que permitiram uma comunicação mais profunda com externalização do seu pensamento sobre o

assunto. A escolha dessa técnica de entrevista facilitou a obtenção dos depoimentos dos usuários para a aplicação da metodologia do discurso do sujeito coletivo.

Em consonância com a idéia anterior, Tobar e Yalour (2004) enfatizam que, como instrumento de pesquisa, a entrevista é um encontro entre pesquisador e pesquisado, que possibilita a este último relatar o que pensa, ou seja, o significado de fatos já ocorridos bem como os por ocorrer.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado tanto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES (ANEXO A) como pela Coordenação de Educação em Saúde da SEMUS.

Em julho de 2007, foram entrevistados usuários no cenário proposto para a realização do estudo, a fim de fazer a validação ou testagem do instrumento de pesquisa, ou seja, o pré-teste. Vale esclarecer que os dados obtidos no pré-teste não foram computados na pesquisa. A finalidade desse teste foi avaliar a aceitação da participação dos sujeitos na pesquisa, o melhor momento de abordagem aos participantes, o entendimento da linguagem aplicada, o local de realização e o tempo despendido para cada entrevista e, por último, a avaliação das possíveis dificuldades em seguir os critérios de inclusão e de exclusão estabelecidos. Dessa forma o roteiro de entrevista foi modificado, após a aplicação, de acordo com as alterações que se fizeram pertinentes. Cabe esclarecer que as perguntas referentes à ESF foram feitas mediante o emprego da denominação PSF, sigla pela qual a ESF é conhecida.

As entrevistas foram realizadas na Policlínica por meio de formulário semi-estruturado, demonstrado no APÊNDICE B, e aplicadas pela pesquisadora, em dias variados, no período de novembro a dezembro de 2007, nos turnos matutino e vespertino, conforme estabelecido nos critérios de inclusão da pesquisa. Com a finalidade de não perder nenhuma informação importante, foi solicitada permissão às participantes para a gravação das entrevistas.

Inicialmente, as entrevistadas foram informadas sobre os objetivos da pesquisa e sobre o fato de ela estar vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFES, a fim de dar credibilidade ao trabalho e reduzir a negativa de participação. As entrevistas só se efetivaram após aceitação e assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido preconizado pela Resolução

n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que consta do APÊNDICE A. Cada participante recebeu uma via desse documento.

Ressalta-se que algumas dificuldades foram encontradas para a realização das entrevistas, entre elas, as negativas de participação pelos usuários do sexo masculino, a aceitação de usuários não contemplados nos critérios de inclusão, a não-aceitação da entrevista antes do atendimento por receio de perdê-lo, ou mesmo depois, devido à não-disponibilidade de tempo e ainda à não-aceitação da gravação da conversa.

Vencida essa etapa, outros desafios se fizeram presentes: conseguir escutar claramente as falas num ambiente de grande movimentação de pessoas; entender as falas proferidas em baixo tom; centrar-se completamente nesse encontro para estimular a participação livre porém mais aprofundada sobre o tema abordado; instigar a explicitação de idéias ou pensamentos por meio de perguntas, como “o que quer dizer?”, “explique melhor”, “fale sobre isso”, “como assim?”, e também fazer com que as entrevistadas transformassem a linguagem de sinais em fala.

O tempo despendido nas entrevistas foi em torno de vinte a trinta minutos. Ao final do encontro, esta pesquisadora oportunizava liberdade às participantes para acrescentar quaisquer outros comentários que julgassem necessários e/ou pertinentes. Nessa oportunidade, fazia um agradecimento pela disponibilidade de participação e de contribuição para a viabilização da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão disponibilizados para o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFES, para a PMV/SEMUS, podendo também ser divulgados por meio de periódicos específicos da área.

6.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados nas entrevistas foram organizados e tabulados com base no Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), conforme proposto por Lefèvre e Lefèvre (2005a, p. 19), que o descrevem como “[...] uma estratégia metodológica que, utilizando uma estratégia discursiva, visa tornar mais clara uma dada representação

social, bem como o conjunto das representações que conforma um dado imaginário”. Acrescentam ainda os autores que essa estratégia procura “[...] reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessários para expressar uma dada ‘figura’, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno”.

Lefèvre e Lefèvre (2005b, p. 21) ratificam então que essa técnica, por resgatar o sentido das opiniões coletivas que sucedem em um conjunto de discursos coletivos, é “[...] um processo complexo, subdividido em vários momentos e efetuado por meio de uma série de operações realizadas sobre o material verbal coletado nas pesquisas”.

Pelo exposto, vale salientar uma característica interessante do DSC: esse discurso-síntese é sempre escrito na primeira pessoa do singular, tendo na sua composição, segundo Lefèvre e Lefèvre (2005a, p. 17), figuras metodológicas como:

- Expressões-Chave (ECH), que “[...] são pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, que [...] revelam a essência do depoimento [...]”.
- Idéias centrais (IC), que é a “[...] expressão lingüística que revela e descreve, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH [...]”.
- Ancoragem (AC), que “[...] é a manifestação lingüística explícita de uma dada teoria, ou ideologia, ou crença que o autor do discurso professa [...]”.

O DSC foi elaborado a partir da transcrição integral e literal das entrevistas que foram gravadas. Outras etapas fizeram parte de tal processo, como a tabulação e análise dos dados, a produção e interpretação dos DSC. Ressalte-se que todas as etapas da pesquisa foram realizadas por esta pesquisadora.

As transcrições dos discursos (ECH), bem como a descrição do sentido dos mesmos (IC), foram organizadas em etapas consecutivas, por meio de dois instrumentos denominados Instrumentos de Análise do Discurso 1 e 2, chamados de IAD1 e IAD2. Neste último, foram copiadas todas as ECHs do IAD1 de mesmo grupamento. Para cada IAD1 foram construídos diversos IAD2s, em conformidade com os grupamentos identificados. Passou-se então à construção do DSC propriamente dito, formado por trechos escolhidos do depoimento exato de cada participante da pesquisa (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a).

Um exemplo de construção dos discursos utilizando IAD1 e IAD2 pode ser visto nos APÊNDICES C e D, referente à parte da questão n.º 7 que resultou em discurso, com o objetivo de proporcionar clareza do entendimento da metodologia de análise. Cabe esclarecer que os discursos foram construídos com as partes das ECHs das ICs destacadas em *itálico* e sublinhadas.

A metodologia do DSC compreende várias etapas, o que resulta em grande volume de material discursivo a ser trabalhado. Assim, fez-se a opção de apresentar aqueles considerados significativos para a discussão dos resultados da pesquisa. Nesse caso, o número de sujeitos pode não coincidir com o total de entrevistados e, ainda, os depoimentos das entrevistadas podem fazer parte de mais de uma IC, como também sujeitos da pesquisa podem não se terem manifestado sobre determinada questão. A representação dos sujeitos nos discursos será feita relacionando-se o número de sujeitos que compuseram os discursos com o número total de entrevistados, na seguinte forma: (número de sujeitos/número total).

Cabe acrescentar, como fazem Lefèvre e Lefèvre (2005a, p. 21): “Diz-se que o DSC é como se uma pessoa só falasse por um conjunto de pessoas mas, obviamente, se trata de uma construção artificial”. Assim, para que o DSC tivesse esse tom, foram realizadas algumas intervenções, permitidas pela metodologia utilizada, nas partes selecionadas dos depoimentos individuais, como a eliminação de idéias repetidas, particularidades, erros gramaticais e vícios de linguagem. Também foram usados conectivos entre as falas de forma que, junto com as demais intervenções, possibilitassem que a estrutura dos discursos apresentasse uma seqüência clara e coerente.

Além dos discursos, foram utilizados quadros e gráficos ilustrativos para algumas questões relativas a dados sintéticos, as quais não resultaram em discursos.

A etapa seguinte compreendeu a análise dos dados, tendo como instrumento metodológico a análise de conteúdo na referência de Bardin (1997, p. 38), que a define como “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens [...]” com o objetivo de fazer “[...] a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), [...] que recorre a indicadores (qualitativos ou não)”.

A análise temática é uma das técnicas de análise de conteúdo e foi adotada, considerando-se que a tabulação dos dados pelo DSC possibilita a organização desses dados da mesma forma como essa técnica os trabalha. Complementa-se que essa análise, no dizer de Minayo (1998a, p. 209, grifos do autor), “[...] consiste em descobrir *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação cuja *presença* ou *freqüência* signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado [...]”. Assim, buscou-se atingir os significados manifestos por meio dos discursos coletivos.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para realizar esta etapa da pesquisa, optou-se por trabalhar os dois itens do roteiro de entrevista como temas geradores: as percepções do sujeito coletivo sobre a ESF e as percepções do sujeito coletivo sobre a utilização dos serviços de saúde na Região de Saúde de São Pedro, os quais foram divididos em subtemas.

7.1 AS PERCEPÇÕES DO SUJEITO COLETIVO SOBRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Este tema foi subdividido em Conhecimento sobre a ESF, Funcionamento e Resolutividade das USFs e O que pode melhorar nas USFs segundo a percepção dos sujeitos.

7.1.1 Conhecimento sobre a Estratégia Saúde da Família

Questionadas sobre a implantação da ESF nas unidades de saúde próximas às suas casas e o conhecimento que tinham sobre essa Estratégia, apenas uma das onze participantes da pesquisa não sabia informar quanto a haver ESF na unidade. A unanimidade, entretanto, foi alcançada na afirmação de já terem ouvido falar alguma coisa sobre ela.

Em contrapartida, quando questionadas sobre qual o conhecimento que tinham a respeito do Programa, apesar de a ESF ter sido implantada na Região de Saúde de São Pedro desde o início do ano de 1998 e as entrevistas terem sido realizadas no final de 2007, período bem próximo de completar uma década de sua implantação (fevereiro de 2008), com pessoas que moravam na região por um período de até 30 anos, ainda hoje não se tem, de acordo com uma parte dos depoimentos (4/11), um conhecimento mais efetivo que extrapole saber se tem ou não ESF na unidade de

saúde próxima às casas. Isso pode ser constatado num dos discursos que retratam o desconhecimento ou pouco conhecimento sobre o Programa, situação que aponta para a falta de esclarecimento da população devido a não informação pelos profissionais e pelos serviços de saúde sobre os princípios e diretrizes da ESF bem como sobre o funcionamento e organização em prol da saúde da população sob sua responsabilidade, conforme demonstrado:

Ah, eu nem sei te dizer, porque nunca participei não. Já ouvi falar, mas pouco, não é? A agente de saúde não explica direitinho, então não sei nada, porque a gente não vê, eu particularmente não vi nada.

Nesse aspecto, ressalta-se a importância de inclusão dos instrumentos de comunicação e informação em saúde na prática cotidiana dos serviços de saúde, utilizando os espaços disponíveis, a fim de oportunizar maior aproximação dos usuários do que lhes é oferecido pelos serviços e de que forma é possível acessá-los. Uma das estratégias oportunas de divulgação das ações de saúde pode ser a carta de serviços.

Outros estudos, como os de Fonseca (2003), Passamani (2006) e Cruz (2007), sobre a ESF reafirmam que a proposta da estratégia precisa ser mais divulgada, dada a importância das suas ações para a saúde de toda a família, bem como o seu papel no sistema de saúde. No estudo de Cruz (2007), por exemplo, os usuários entrevistados moram no bairro Resistência, integrante da Região de Saúde de São Pedro, em média há vinte anos, e utilizam os serviços da Unidade de Saúde de Resistência há oito anos, porém seus relatos evidenciam um desconhecimento das diretrizes da ESF e das ações das equipes de saúde da família, reconhecendo a ESF apenas pelas atividades de visitas domiciliares realizadas pelos profissionais de saúde, em especial os ACSs.

Mendes (2006) confirma os achados anteriores, acrescentando que a ESF foi institucionalizada, portanto tem que ser propagada, quer dizer, dar mais visibilidade para todos os atores, uma vez que é uma estratégia transformadora. Assim sendo, tem como propósito a reorganização da prática sanitária por meio da substituição do modelo de assistência médica individual e curativa pela atenção multiprofissional à

família, considerando o seu contexto físico e social, o que favorece maior concepção do seu processo de adoecimento.

Para tanto, Mendes (2006) complementa que a equipe de saúde tem por propósito desenvolver ações focalizadas na promoção da saúde e prevenção de doenças, sem contudo negligenciar as ações curativas e reabilitadoras.

Nesse sentido, outra parte deste estudo (5/11) traz em seus depoimentos falas que representam, “pelo que ouviram falar”, que a ESF faz acompanhamento médico para a prevenção de doenças, traduzido pelo conhecimento da inclusão dessas ações na assistência às famílias, principalmente com ênfase em grupos específicos:

Eu só sei o que eles me falaram, não é? Que era para o médico que ia estar dando atendimento, fazendo preventivo, ultrassom da mama e acompanhamento para todos os integrantes da família, como criança, pais, pessoa idosa, acamada e com diabetes. Assim, se tem colesterol, se tratar direitinho, a comida balanceada. Tudo isso, entendeu?

Esse discurso aponta o que o Programa significa para essas entrevistadas em termos de serviços e de ações de saúde, quer assistenciais, quer preventivas e promocionais. Porém, não aponta mudança no aspecto de a assistência estar focada apenas no profissional médico, visto que não há nenhuma menção à equipe de saúde.

Vários estudos desenvolvidos no País, como os de Campos (1992), Merhy (1992) e Mendes (1994), mostram a hegemonia da abordagem clínica centrada no cuidado individual e no atendimento médico, reafirmando a visão biologicista do processo saúde-doença, voltado para as ações curativas. Nesse modelo, a assistência à saúde está pautada na produção de procedimentos, como consultas, exames e medicamentos. Esse pensamento pode ser ilustrado por um discurso que reafirma a identificação do Programa somente com o profissional médico:

Eu sei que é um médico, não é? Que ele vai atender todas as necessidades da família. A família se cadastra, daí ele vai fazer esse acompanhamento. Eu fiquei sabendo que, se necessário for, ele vai até em casa também para realização de alguma consulta, no caso, se o paciente não tiver condições de estar indo ao posto.

Dessa forma, faz-se necessário romper com tal modelo de atenção, diante do vislumbamento de um sistema de saúde público, coletivo, universal e igualitário como proposto pelo movimento sanitário brasileiro e legitimado pela Constituição Federal de 1988.

O MS passou a considerar esse Programa como uma Estratégia fundamental para efetivação das mudanças necessárias à consolidação do sistema de saúde, como um modelo de atenção centrado nas necessidades dos seus usuários, portanto pautado na integralidade da atenção, a qual requer conhecimento técnico de várias disciplinas e práticas multiprofissionais interligadas, para a realização das ações promocionais, preventivas e curativas, tanto programadas como de demanda espontânea. Assim, para que haja mudança de fato no modelo de atenção, a forma de trabalhar dos serviços de saúde precisa estar em consonância com essa nova proposta assistencial.

7.1.2 Funcionamento e Resolutividade das Unidades de Saúde da Família

Na USF, conforme preconizado pelo MS, o trabalho é realizado por uma ou mais equipes de profissionais, em um território de abrangência definido, sendo, portanto, responsável pela população adscrita a ele, em média três mil pessoas. Essa adscrição de clientela permite haver vínculo entre os usuários, que têm a equipe como referência para os seus problemas de saúde, e os profissionais, que se responsabilizam pela solução destes. Para tanto, têm entre suas atribuições realizar o mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e a atualização

continua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local.

Ainda de acordo com o MS, o cadastramento das famílias bem como a atualização desse cadastramento são atribuições precípuas de um dos integrantes da equipe, o ACS. Essa atribuição permite realizar o mapeamento da sua área de atuação, coletar e analisar as informações das famílias acompanhadas, objetivando elaborar, juntamente com os demais membros da equipe, o processo de programação e planejamento das ações de intervenção para os problemas identificados.

O cadastramento foi uma das questões abordadas neste estudo, cujo resultado mostrou que a maioria das entrevistadas está cadastrada na ESF. Porém, as demais (3/11) alegaram que não receberam a visita do ACS para tal procedimento. Desse modo, a visita domiciliar, de acordo com a Portaria n.º 648/GM (BRASIL, 2006c, p. 18), é outra atribuição fundamental do ACS, pois a este cabe “[...] acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe [...]”. Vale ressaltar que o ACS, desde a implantação do PACS, tem sido considerado por diversos atores, o “elo” entre a comunidade e o serviço de saúde. Isso pode ser confirmado pelo discurso das entrevistadas quando informaram por que não estavam cadastradas:

Não, porque na vez que eu fui lá procurar, eles estavam sem médico. O que eles me informaram, assim que tivesse médico a agente que fica indo nas casas para fazer as marcações, ela iria na minha, só que até hoje...

Assim, esse discurso aponta que essa atribuição tão relevante para o conhecimento, análise, priorização dos problemas locais, definição e execução das ações de intervenção, não está efetivamente incluída na rotina do trabalho das USFs conforme preconizado. Portanto precisa ser revista e de fato incorporada como uma atividade essencial para que o serviço se organize continuamente e interfira adequada e oportunamente nas situações esperadas ou inusitadas às quais a comunidade possa estar submetida.

Em relação às equipes, Mendes (2006, p. 275-276) enfatiza que

[...] uma equipe de saúde da família, em território de abrangência definido, desenvolve ações focalizadas na saúde; dirigidas às famílias e ao seu habitat; de forma contínua, personalizada e ativa; com ênfase relativa no promocional e no preventivo mas sem descuidar do curativo-reabilitador; com alta resolubilidade; com baixos custos diretos e indiretos, sejam econômicos, sejam sociais e articulando-se com outros setores que determinam a saúde.

Nesse aspecto, foi abordado o conhecimento que as entrevistadas tinham em relação à equipe de saúde responsável por elas e por suas famílias. A quase totalidade das entrevistadas faz alusão especificamente ao ACS. Ainda, quatro alegam conhecer toda a equipe. Em contrapartida, uma delas diz não conhecer membro algum da equipe de saúde devido à rotatividade dos profissionais nas unidades de saúde. Na Tabela 1 pode ser verificada a relação de conhecimento dos usuários e os componentes da equipe.

Tabela 1 – Relação de conhecimento das entrevistadas e os componentes da equipe

CONHECIMENTO DO COMPONENTE	N.º DE ENTREVISTADAS
ACS	9
ACS e o Médico	3
ACS e o Enfermeiro	1
Todos os componentes	4
Nenhum componente	1

As falas das entrevistadas contemplaram ainda a atuação das equipes em relação a elas e a seus familiares, no sentido de classificá-la como bem desenvolvida ou não. Nesse aspecto, as opiniões ficaram divididas (5/11), no entanto, mesmo considerando que toda a equipe tenha uma boa performance, a ênfase maior foi dada à atuação do ACS, como se observa no seguinte discurso:

A equipe toda é muito boa. Nossa, é muito atenciosa! Eles procuram, vão nas casas das pessoas que estão acamadas. Minha agente é muito bacana, está sempre me procurando para ver se preciso de uma consulta. É bom que dá mais comodidade à gente também e não precisa mais ficar aquela demora para ser consultado. Ela faz a visita e entrega a fichinha para depois consultar. Caso a consulta for longe demais, ela consegue lá receita para mim, entendeu? Marca preventivo, reunião de hipertenso, e ainda faz questão de ir lá em casa levar até o remédio. É uma coisa mais organizada, não é?

É importante registrar que a figura do ACS também foi o aspecto mais citado nos estudos de Silva (2005), Passamani (2006), Cruz (2007) e Fonseca (2003). Ressalte-se entretanto, que os depoimentos desse estudo sugerem que as ações do ACS estão mais voltadas para a atenção curativa e para as questões administrativas do serviço de saúde, como a marcação de consultas e exames e a entrega no domicílio de encaminhamentos e até remédios, reproduzindo o modelo hegemônico. Este achado está em consonância com o estudo produzido por Fonseca (2003). Portanto, vale registrar que esse profissional tem outras atribuições além das já citadas, que necessitam ser praticadas no seu dia-a-dia de trabalho como prioridade do modelo de atenção usuário-centrado, entre elas o desenvolvimento de atividades de promoção, de vigilância à saúde e também as educativas individuais e coletivas, tanto nos domicílios como na comunidade.

A Portaria n.º 648/GM (BRASIL, 2006c), estabelece como atribuições da equipe de saúde, entre outras, o cuidado contínuo com a saúde da população sob sua responsabilidade, de forma prioritária na unidade de saúde, porém não se restringindo a esta, em caso de necessidade. No entender das entrevistadas, cabe à equipe desenvolver melhor as atividades externas à unidade, por meio das visitas, no sentido de minimizar a demanda aos serviços. Também ressaltam que precisam ter um contato mais prolongado, com os profissionais para poder julgar a atuação deles. Essa atuação está relacionada com o atender bem, no caso representado pela abordagem do médico, no que diz respeito ao exame físico apontado no discurso abaixo. Segundo Ramos e Lima (2003, p. 32), “[...] o exame físico criterioso e detalhado demonstra o interesse do profissional pelo cliente [...]”. Os autores acrescentam ainda que esse modo de atuar pode ser fator determinante na escolha do serviço, como também do profissional de saúde.

A outra parte (5/11) das entrevistadas considera que a equipe de saúde não tem uma boa atuação sobre os seus problemas de saúde e da sua família.

A minha agente ia lá em casa fazer acompanhamento dos meus meninos, agora ela parou de ir, já tem tempo, tem mais de seis meses. Também não vai médico nenhum lá. Quando eu tive neném, que eu estava passando muito mal, não tinha como ir no posto, aí minha mãe foi lá, aí veio uma enfermeira, que faz curativo, e a agente de saúde para me examinar. Eu acho assim, que eles deveriam atuar mais para não carregar muito o posto, sabe? Também não gostei muito da doutora, porque agora que eu comecei a consultar com ela, não é? Levei o neném, e ela não examinou ele direito. Só passou os exames, remédio e disse, dá isso aqui para ele. Antes eu consultava com a outra doutora e gostava. Ela examinava ele direitinho.

Confirmando o discurso acima, Fonseca (2003, p. 114) acrescenta que o conhecimento sobre a ESF tem relação com o funcionamento dos serviços e o modo de trabalhar dos profissionais. E afirma: “[...] para as famílias, o ir até as casas, o estar junto, estar vendo, acompanhando, orientando, assistindo, conversando, atendendo, representa o caminhar do processo de trabalho das equipes de saúde”.

Franco e Merhy (2003, p. 106) reafirmam que as visitas domiciliares são atividades de competência das unidades de saúde, de cuja rotina fazem parte, e não exclusivas da ESF. Porém, alertam que estas não deveriam ser recomendadas aos profissionais, a não ser que “[...] haja indicação implícita para elas, à exceção dos trabalhadores que têm a função específica da vigilância à saúde, os ACSs, que devem percorrer o território insistentemente [...]”, a fim de analisar a situação das famílias, ou seja, a dinâmica da comunidade no que diz respeito a suas disponibilidades, potencialidades e necessidades.

Diante do exposto, chama a atenção a forma de atuação das equipes de saúde, pois suas atribuições estão claramente elencadas e em consonância com o que se espera dessa estratégia. Porém a dificuldade está no como fazer diferente, quando as práticas estão tão forte e automaticamente arraigadas na concepção do trabalho em saúde focalizado em tantos interesses, que acabam desviando-se do foco principal, aqueles que realmente utilizam os serviços de saúde, os quais deveriam ser organizados por e para eles.

Ainda Franco e Merhy (2003, p. 70) complementam que tanto o funcionamento dos serviços como o perfil da assistência prestada à população é oferecida “[...] pelos

processos micropolíticos e pelas configurações tecnológicas do trabalho, mediante os quais ocorre efetivamente a produção do cuidado à saúde”. Para realizar o trabalho em saúde os profissionais podem lançar mão de equipamentos, instrumentos, medicamentos (tecnologias duras), do conhecimento técnico (tecnologias leve-duras) e das relações estabelecidas com o usuário que recebe esse ato de saúde (tecnologias leves). Então, o perfil do modelo assistencial por vezes está determinado pelo modo como se faz a assistência à saúde.

Nesse contexto, incorpora-se a questão da organização dos serviços de saúde que de acordo com Starfield (2002, p. 208) deve dar-se de forma a garantir aos usuários a entrada no sistema de saúde e que essa seja de fácil acesso, pois “[...] A ausência de um ponto de entrada facilmente acessível faz com que a atenção adequada possa não ser obtida ou seja adiada [...]”. A autora ainda acrescenta: “A atenção ao primeiro contato envolve a prestação de serviços que sejam acessíveis [...] e a utilização destes serviços quando surge uma necessidade de atenção [...]” (STARFIELD, 2002, p. 241). Esse tem sido o desafio apontado por muitos estudiosos do sistema: vencer a burocracia do acesso aos serviços de saúde no sentido da integralidade da atenção.

Em relação às dimensões do acesso, merece destaque, principalmente, a funcional, considerando-se que abrange a entrada propriamente dita no sistema de saúde pela oferta de serviços adequados às necessidades da população.

Existem fatores que dificultam a utilização dos serviços pelos usuários, entre eles: permanência em fila desde a madrugada para obter atendimento, falta de profissional médico e obtenção da consulta, horário de abertura da unidade para distribuição de fichas, tempo de espera para a concretização do atendimento, não-utilização de agenda programada e também não-garantia de acesso a outro serviço quando da iniciativa de busca pelo próprio usuário, como foi observado nos depoimentos da maioria das entrevistadas (8/11), os quais resultaram em um discurso, pelo qual se conclui que a organização das USFs dificulta o acesso dos usuários a esses serviços:

Ali, para marcar consulta, tem que acordar de madrugada e ficar na fila. Sete horas, é que a gente vai marcar. Não consegui. Falou que não podia ser atendida porque ela não tinha ficha lá, porque não tinha feito a primeira consulta que é com um mês. Disseram ainda que tinha que levar em um pronto socorro, pois não tinha médico. Aí eu levei para o Hospital Infantil, que falou que não era lá, deveria ter ido no posto de saúde. Fui lá semana passada marcar consulta do meu filho, também falou que não tinha vaga. Meu filho está precisando consultar, eu acho que não é o caso para vim aqui, entendeu? Sempre consultava ele, mas agora não está marcando para pediatria até dezesseis anos. Para gente consultar, marca naquele dia e depois só no outro mês, entendeu? Dentista e exames são difíceis, se for especialidade que estiver precisando é mais de um mês de espera e para o curativo tem de vir aqui. Eu consegui marcar clínico, só que o remédio que tenho que tomar não tinha. Hoje vim aqui e consegui.

Outros estudos, como os de Travassos e Martins (2004), Ramos e Lima (2003), Fonseca (2003), Passamani (2006) e Cruz (2007), têm observado vários problemas relacionados ao acesso dos usuários, problemas inerentes seja à estrutura física inadequada, seja à desorganização do processo de trabalho (presença de filas, demora no atendimento e agenda fechada para as intercorrências) seja, ainda, à não-qualificação dos profissionais.

Ramos e Lima (2003) colaboram, enfatizando que o acesso à saúde está associado aos determinantes sociais e também à acessibilidade aos serviços de saúde, que, de acordo com Acurcio e Guimarães (1996, p. 34), é “[...] a capacidade do paciente obter, quando necessitar, cuidado de saúde, de maneira fácil e conveniente”.

Apesar de o sistema de saúde americano não ser universalizado, o acesso aos serviços de saúde também é o foco de alguns estudiosos, como Forrest e Starfield, (2002, p. 210), que realizaram uma pesquisa sobre acessibilidade, a qual foi medida por intermédio de questionamento sobre barreiras geográficas (tempo de viagem maior que trinta minutos), financeiras (nenhum seguro durante o ano ou parte deste) e organizacionais (disponibilidade de atenção após o horário comercial, menos de cinco dias de espera para obter uma consulta e menos de trinta minutos de espera para receber o atendimento). Ficou evidenciado “[...] que uma melhor acessibilidade

aos serviços estava associada a uma maior probabilidade de atenção ao primeiro contato e continuidade com o médico de atenção primária”.

Considerando que a ESF é o principal instrumento de reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica e em consonância com os princípios do SUS, faz-se necessário que sejam colocadas em prática, pelas equipes de saúde da família, as propriedades que direcionam essa atenção, especialmente a atenção ao primeiro contato, que se traduz em acessibilidade e longitudinalidade, também entendida como a continuidade da atenção assistencial, o que não condiz com alguns depoimentos resultantes dessa pesquisa.

O discurso anterior vai ao encontro do resultado obtido na pesquisa citada e também sugere que a organização das USFs não favorece a acessibilidade dos usuários a elas, pois reafirma a necessidade do acordar de madrugada, do esperar na fila como condicionante para acessar os serviços de saúde, nem garante o acesso a eles. Esse modo de organização das USFs contradiz as diretrizes da ESF, que determinam trabalhar com demanda organizada, focada de forma crescente nas ações promocionais e preventivas, com o intuito de modificar o processo saúde-doença, reduzindo gradativamente as ações de cunho curativo.

Para tanto, é fundamental que a organização se dê de tal forma que os serviços possam ser oportunos, contínuos, resolutivos e atendam aos que realmente necessitam. Além disso, quando se organiza o serviço com agendamento prévio de consultas, é possível tornar a assistência mais humanizada, facilitar de fato o acesso e priorizar os que mais precisam, assim otimizando o princípio tanto da universalidade como da equidade.

A questão da resolutividade das USF é também central nos discursos deste estudo, portanto é importante frisar que, por ser um dos princípios organizativos do SUS, contempla a exigência de respostas efetivas dos serviços de saúde, de acordo com seu nível de complexidade, para as necessidades de saúde individuais e coletivas. Merhy (1994, p. 139) complementa que o objetivo da resolutividade é “[...] colocar à disposição do paciente toda a tecnologia disponível a fim de se conseguir o diagnóstico e o tratamento adequado a cada caso, a fim de abordar a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde”. Nesse aspecto, as opiniões das entrevistadas dividiram-se de três formas, variando desde “resolve bem os problemas de saúde dos usuários” (3/11), perpassando por “resolve parcialmente

tais problemas” (3/11), havendo inclusive, falas que contradizem totalmente a primeira forma relatada (5/11).

No primeiro caso, os depoimentos demonstram satisfação com o atendimento recebido, mesmo que seja o encaminhamento dado para outro serviço. Esse entendimento está pautado na solução do problema de saúde colocado, não importando o local que o realizará, muito menos se será apenas pautado no tratamento do efeito e não da causa. Aqui mais uma vez está reforçado o modelo médico e procedimento-centrado.

Eu não posso reclamar nada, porque geralmente ela dá encaminhamento, não é? Para minhas filhas e para mim. Por exemplo, fiz todos os exames, ginecológico e clínico também.

Campos (2003, p. 572) reafirma o discurso posto, ao dizer que “[...] o mito da imortalidade e do poder mágico da medicina se mantém no inconsciente coletivo, a despeito de todas as evidências em contrário [...]”, pela especialização do saber médico e do trabalho em saúde.

No segundo caso, a USF resolve parcialmente os problemas de saúde das entrevistadas, pois a ênfase continua na atuação do profissional médico, que, na visão do usuário, é quem irá resolver seu problema, ignorando assim os outros profissionais de saúde. No entanto, Peduzzi (1998, f. 48), enfatiza que

[...] a nenhum profissional de saúde, em particular, cabe a possibilidade de projeção e execução da totalidade de ações demandadas pelos usuários, embora permaneça mantida a centralidade do modelo médico de assistência, visto que ao profissional médico cabe a ação nuclear da definição diagnóstica e terapêutica, representando este, portanto, o principal mediador entre as necessidades dos usuários e a oferta de serviços.

Além disso, as falas apontam novamente a dificuldade de acesso dos usuários, uma vez que o agendamento não é realizado em momentos alternativos; continua centrado em determinado horário pela manhã, impondo assim ao usuário a peregrinação diária na busca, por si só, de outros locais para atendimento à sua demanda de saúde, porém sem nenhuma garantia de conseguir o que necessita e que tem por direito.

O discurso seguinte é sugestivo da predominância de valorização da resolução imediata dos problemas de saúde já evidenciados por sinais e sintomas, os quais, na maioria das vezes, são motivadores da busca pela saúde como ausência de doença, e não pela prevenção de fatores que a determinam e promoção da saúde no sentido de uma atenção integral e contínua por meio de uma diversidade de conhecimentos aplicados adequada e oportunamente.

O trabalho em equipe tem sido focado como uma ferramenta importante para o fortalecimento da estratégia, no que diz respeito à relação entre os profissionais com o serviço, bem como com os usuários. Nesse contexto, Starfield (2002, p. 247) destaca a longitudinalidade como um dos princípios ordenadores desse primeiro nível de atenção, uma vez que possibilita atenção com consistência ao longo do tempo. A autora complementa: “[...] é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde [...]”. A falta de continuidade da relação entre profissionais e usuários é uma situação explícita conforme demonstrado:

Mais ou menos, por que assim, eles dizem que tem médico durante o dia todo, só que nem sempre tem. O que acontece? Às vezes as pessoas vão cedo e se o médico não pode ir por algum motivo, não consegue ficha. Tem médicos que estão faltando demais, entendeu? Então, está atrapalhando um pouco as consultas das pessoas. Todos aqueles pacientes que foram lá e estão esperando pela consulta, eles têm que vim no outro dia, entendeu? Não tem uma outra pessoa para estar suprindo a necessidade daquele momento. E se for uma coisa que não pode esperar, você tem que procurar outro posto, independente de ter esperado lá um tempo. Portanto, não resolve tudo, mas resolve um pouco.

Uma parte das entrevistadas (5/11), no entanto, demonstra nos seus depoimentos que a ESF não resolve os seus problemas de saúde, visto que de um modo geral a organização desses serviços tem sido feita de forma que não atende às suas solicitações, que vão desde não precisar ir à unidade e receber a atenção domiciliar até poder contar com uma capacidade instalada adequada às suas necessidades, quando precisar recorrer à unidade:

Pelo menos o meu não resolveu. Porque tenho que ir no posto, se precisar de um medicamento e estiver andando. Tipo assim, a sua consulta está marcada para tal dia, eles não vão lá levar. Então não tem como. Não resolve, porque o dia que eu fui, que eu estava precisando, não consegui ser atendida. E toda vez que a gente vai tem um médico diferente. E assim não acerta o problema do filho da gente, não é? Também lá não tem remédio, curativo e injeção. O atendimento, assim, é péssimo.

Esse discurso reafirma que a longitudinalidade é um dos princípios fundamentais da Atenção Básica, já que é por meio dessa característica do serviço que é possível assegurar à população sob responsabilidade da equipe de saúde da família cuidados contínuos ao longo do tempo, ou seja, acompanhar atentamente o desenvolvimento dos indivíduos e famílias nos seus ciclos de vida para intervenções necessárias a qualquer momento. Entretanto, uma das condições para que se efetive a longitudinalidade é que as USFs sejam geridas por atores engajados ao modelo de atenção centrado no usuário.

Em relação ao pleito das entrevistadas quanto a receber tudo quanto precisam na própria residência, isto é sugestivo de que realmente se faz necessário aprimorar as informações sobre o modo de funcionamento da ESF, a qual visa realmente ao cuidado das pessoas em vários espaços, como os domiciliares e comunitários, sempre que houver indicação. No entanto, seu local prioritário de atuação é a unidade de saúde. Certamente cabe à equipe de saúde fazer o levantamento das situações de risco na população para priorização dessas ações.

7.1.3 O que pode melhorar nas Unidades de Saúde da Família segundo as percepções do sujeito coletivo

Uma das questões resultantes da opinião das entrevistadas quanto ao que poderia melhorar na USF foi relativa à sua infra-estrutura. Nesse caso, uma entrevistada ressaltou, com muita veemência, a necessidade urgente de melhoria na adequação

do ambiente da unidade de saúde, uma vez que este traz risco iminente às condições de trabalho, bem como às de utilização pelos usuários, além de intervir na acessibilidade:

Tem uma escada muito a pique para subir, quer dizer, se for cadeirante, pessoa idosa, não sobe. Lá já caiu gente e foi funcionária, quebrou a perna, ficou afastada. Uma pessoa que está doente, que está lá passando mal, como vai subir? Para melhorar o atendimento para esse tipo de pessoas, fazia a sala lá embaixo.

Vale registrar que a rede de serviços da Região de Saúde de São Pedro conta apenas com uma USF construída especialmente com essa finalidade. As demais funcionam em espaços adaptados, portanto não adequados à infra-estrutura necessária para o bom funcionamento dos serviços. Cabe registrar que está em curso a modificação dessa realidade por meio da construção pela SEMUS de suas unidades de saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, acesso em 1 maio 2008b).

Outra questão surgida dos depoimentos (3/11) diz respeito à necessidade de maior qualificação dos profissionais de saúde, no sentido de cumprirem bem seu papel, quer dizer, de desempenharem suas funções com competência, gerando dessa forma a satisfação dos usuários com o atendimento recebido:

Eu acho que é a falta de capacitação dos médicos, porque meu menino mais novo tem problema de pele, umas bolhas nas mãos, e até hoje ninguém descobriu realmente que alergia ele tem. Então acho que é dar uma experiência melhor para eles. A minha médica, sinceramente, por mim ela não estaria lá, porque a gente está com uma coisa, ela diz que é outra. Também acho que é trocar os funcionários, outro médico, tirar de lá a agente de saúde e botar outra pessoa mais capacitada. Nem faço questão de ir, porque não consulto mais lá também.

Nesse aspecto, é importante salientar que a ESF é regida por princípios, entre os quais o de, que o profissional de saúde da família deve ser hábil e, para tanto,

precisa, entre outros atributos, ser autônomo e criativo. Deve-se considerar também a importância da educação continuada e da educação permanente em saúde como ferramentas para aprimoramento das práticas profissionais.

Outra expectativa apontada pela maioria das entrevistadas (9/11) diz respeito à necessidade de melhora da organização e do funcionamento das USFs, especialmente no sentido de ampliar o acesso aos diversos serviços oferecidos nessas unidades, conforme pode ser verificado no discurso a seguir:

Eu acho, assim, que essas pessoas que vão lá procurar o serviço médico é porque realmente estão necessitando. Eu gostaria que botasse um atendimento melhor, porque a nossa saúde está péssima. Então, o certo seria ter, realmente ter, é médico disponível para atender a demanda, mas não é suficiente o que eles disponibilizam. Tinha que ser tudo direitinho, igual à Policlínica, não é? Se eu marcar hoje, amanhã já ter médico para mim, não? Como o hipertenso, se eles dizem que é hipertenso, têm direito nas consultas mais rápido, então acho que não seria para ser dois, três meses não. Também o atendimento demora muito. As vezes que eu fui lá, cheguei no horário certo mas fui consultar duas horas atrasada porque os funcionários estavam andando para lá e para cá, conversando. Eu acho que se eles marcaram no horário, não é? Ser coisa rápida, dava tolerância assim de meia hora, aí já não perdia tanto tempo. Igual eu marquei um preventivo, acho que foi com um mês, mais ou menos, que eles foram fazer. Também, marcaram consultas erradas para mim, além de sumir o exame da gente lá. Isso está uma pouca vergonha, pois dificulta muito a vida da gente. Então, acho que para melhorar, ah! eles podiam ampliar mais um pouco na rede de saúde, colocar mais funcionário, mais agente de saúde, mais médico, não é? Profissionais, entendeu? Para trabalhar, porque toda vez que a gente vai no posto não tem médico. E, ainda, a hora que a gente precisar de um curativo e de um remédio ter lá. Tinha que arrumar tudo direitinho, não? Botar mais postos, um horário melhor para marcar consulta, ser mais ágil, melhorias em exames, ter mais o raio X e ultrassonografia, e também fazer visitas. Enfim, eu acho, que tinha que ter uma organização melhor.

Esse discurso reafirma o modelo médico hegemônico ou “procedimento-centrado” definido por Franco e Merhy (2003, p. 73) como um modelo “[...] no qual o principal compromisso do ato de assistir à saúde é com a produção de procedimentos [...]”. Enfatizam ainda: “[...] a assistência à saúde confunde-se, portanto, com a extraordinária produção de consultas e exames, associados à crescente medicalização da sociedade [...]”.

No entanto, Lima (1998, f. 85) enfatiza que na “[...] busca por ‘assistência à saúde’, temos que considerar que a sua viabilização ocorre na medida em que vários trabalhadores atuam, transformando, assim, essa busca numa ação coletiva concreta [...]”. Para tanto o processo de organização do trabalho em saúde necessita incorporar os diferentes conhecimentos técnicos e relacionais nas práticas de saúde. Ainda para Lima (1998, f. 86) “[...] o trabalho e suas determinações, como o acesso, o acolhimento, a resolutividade e a igualdade de tratamento, não se efetivam apenas por meio do ato médico ou da enfermagem; ele se produz numa cadeia intrincada de relações [...]”.

Apesar do exposto, pelas falas nota-se que o processo de trabalho das USFs continua centrado no médico, na busca pela especialização do seu saber e nas tecnologias próprias do seu trabalho. Franco e Merhy (2003) afirmam que o processo de trabalho médico não apresenta por si só potencialidades para modificar o modelo assistencial. Enfatizam portanto, a necessidade de um maior investimento e implicação nas tecnologias leves – relacionais.

Nesse contexto, Lima e outros (2005, f. 64) complementam que é preciso reconhecer a singularidade do processo de trabalho em saúde de se produzir em ato e na relação com o outro. Acrescentam ainda que:

[...] ao mesmo tempo em que vamos perdendo muitas das dimensões humanas, vamos também produzindo maiores demandas para humanizar as relações [...], buscando um agir pautado na ética e na solidariedade, inclusive nas relações de trabalho [...].

É importante destacar que a proposta de estreitamento das relações entre profissionais e os usuários dos serviços extrapola o pensamento de estudiosos da saúde pública, sendo legitimada também pelos usuários quando enfatizam, no seu discurso, o quanto é importante os profissionais de saúde demonstrarem interesse por eles. Além disso, colocam que os profissionais poderiam usar o conhecimento que têm para realizar orientações de modo geral, mas especialmente quanto ao

fluxo de funcionamento dos serviços para conseguir solucionar o problema que acomete o usuário. Merhy (2005, p.121) complementa que “[...] Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados”. Neste estudo também foi percebido esse sentimento, quando os sujeitos (3/11) propõem como melhoria do trabalho nas USFs, que as equipes precisam prestar mais atenção nos usuários, conforme discurso:

Por exemplo, você chega em um posto de saúde, aí as pessoas ficam conversando e, às vezes, nem olham para você, nem cumprimentam e nem atendem a gente direito. O que é que você tem? O que é que você quer? Ah, eu acho que atenção acima de tudo, é para eles prestarem atenção nos pacientes. Eles devem, assim... orientar, se o caso não for lá, vamos conseguir uma ambulância, vamos fazer o possível para chegar até o caminho certo, o local que a pessoa precisa. Entendeu?

Conforme já colocado anteriormente, precisa ser resgatado, na prática cotidiana dos serviços, o papel dos profissionais de saúde, pelo qual o trabalho produzido deve dar-se de forma humanitária e solidária, respeitando o direito à saúde conferido a todo cidadão. No entanto, no discurso acima foram referidas situações que não demonstram bom acolhimento à expectativa do usuário em relação ao profissional de saúde.

Franco, Bueno e Merhy (2003) ressaltam que o acolhimento demonstra as dinâmicas e os critérios de acessibilidade aos quais os usuários estão sujeitos, portanto ele pode ser usado como instrumento questionador das práticas sanitárias. O acolhimento como diretriz operacional consiste em uma estratégia para inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde. Portanto, tem como princípios a garantia de acessibilidade bem como o atendimento a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde; a reorganização do processo de trabalho no sentido de o foco ser centralizado numa equipe multiprofissional voltada para a escuta qualificada do usuário e comprometida com a resolução do problema trazido por ele; e, ainda, a qualificação da relação profissional-usuário, por meio de medidas humanitárias, solidárias e de cidadania.

De acordo com Prefeitura Municipal de Vitória (2004), a SEMUS definiu adotar o acolhimento como a diretriz mais adequada para tornar seus serviços universais, resolutivos e humanizados, implantando o Protocolo de Acolhimento, o qual objetiva instrumentalizar os profissionais de saúde por meio do estabelecimento de atividades, desempenhos e fluxos para reorganização do processo de trabalho.

Na perspectiva da proposta do acolhimento instituído, o discurso anterior aponta para a necessidade de reflexão sobre como se tem dado, na prática, a operacionalização desse instrumento de organização e funcionamento dos serviços. As falas são sugestivas de que a relação dos serviços com os usuários, de fato não está sendo acolhedora, tampouco estabelece vínculo e muito menos responsabiliza-se pela saúde dos usuários.

7.2 AS PERCEPÇÕES DO SUJEITO COLETIVO SOBRE A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA REGIÃO DE SAÚDE DE SÃO PEDRO

Este tema foi subdividido em: Primeiro serviço de saúde procurado pelo usuário quando precisa de atendimento, Portas de entrada: o PA abrindo-se às necessidades de saúde, Situações motivadoras da procura pelo PA e Problemas de saúde e sua relação com a procura pelo serviço.

7.2.1 Portas abertas e entreabertas e as possibilidades de acesso para os usuários

Os serviços de saúde também têm importância na vida das pessoas, no que diz respeito a seu acesso para a resolutividade dos problemas de saúde e a integralidade da atenção. Travassos e Martins (2004) esclarecem que o conceito de acesso é complexo; varia entre autores, com o tempo e com o contexto. Também acrescentam que há variação na terminologia, indo do substantivo acesso a

acessibilidade. O importante é que significam o grau de facilidade na obtenção de cuidado de saúde pelas pessoas. A garantia de acesso aos serviços de saúde pode ser efetiva caso o usuário não encontre dificuldades de ingresso no sistema de saúde.

É importante registrar que, de acordo com Ramos e Lima (2003), o acesso à saúde está diretamente ligado às condições de vida, de moradia, de alimentação, de educação, de renda e, ainda, à acessibilidade aos serviços. Essa acessibilidade deve ser garantida de forma contínua e organizada pelo planejamento apropriado das ações de saúde e também por meio de todas as dimensões do acesso, compreendendo muito mais que a geográfica, pela proximidade da residência com os serviços, envolvendo ainda a cultural, com adaptação das regras e técnicas dos serviços aos costumes das pessoas, a econômica, com a eliminação de entraves oriundos dos custos do usuário para uso dos serviços, e a funcional, por meio da disponibilidade contínua de serviços oportunos e adequados às necessidades do usuário nos momentos de sua precisão (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1978).

Como já é sabido, o MS preconiza que o primeiro contato dos usuários deve dar-se preferencialmente pelas UBSs, com ou sem ESF. Assim, emerge desse estudo que uma parte das entrevistadas (5/11) procuram a unidade como o primeiro serviço de saúde, quando precisam de algum atendimento, conforme colocado no discurso:

Eu procuro lá mesmo na unidade de saúde.

Na dimensão geográfica é considerado que, quanto mais os serviços estiverem próximos da população, mais lhe será facilitado o acesso. No entanto, essa dimensão por si só não garante o acesso aos serviços, ficando também na dependência de como o usuário é recebido pelos serviços, no que diz respeito tanto à maneira de ser acolhido como de ter o seu problema resolvido. Esse pensamento é confirmado por inúmeros estudos que tratam também da questão do acesso aos serviços de saúde, como os de Degani (2002), Oliveira (2004), Kovacs e outros (2005), Barros (2007), Marques e Lima (2007) e Gomes (2007).

Isso está em consonância com uma situação exposta por uma das entrevistadas referidas acima, a qual informa que procura primeiramente a unidade de saúde, que, porém, não é a mais próxima da sua casa, ao contrário, a unidade escolhida nem sequer faz parte da Região de Saúde de São Pedro. Uma vez que essa entrevistada identifica aquele serviço para a resolução dos seus problemas de saúde, esta situação aponta ainda para a questão do vínculo, que tem por base o estabelecimento de referência do usuário por determinado serviço e a responsabilidade desse serviço para com o usuário, no sentido do cuidar da sua saúde.

Ah! eu vou lá onde minha mãe mora, Avelina.

Ramos e Lima (2003, p. 30) contribuem relatando que “[...] a forma como o serviço se organiza, facilitando o acesso dos clientes antigos, independentemente do local de sua residência, favorece a manutenção do vínculo usuário-serviço [...]”. Assim sendo, a situação demonstrada é sugestiva da necessidade de uma atuação mais efetiva da equipe de saúde da família do território de moradia da entrevistada para buscar o estreitamento do vínculo com os usuários sob sua responsabilidade sanitária, inclusive os que não a têm como referência para os seus problemas.

Da mesma forma, é sabido que os serviços de urgência e emergência têm funcionado como porta de entrada principal para o sistema de saúde, fato decorrente das características de trabalho peculiares aos mesmos, correspondendo ao perfil de atender às demandas de forma mais ágil e concentrada, primeiramente pelo seu funcionamento ininterrupto, o que facilita a procura a qualquer momento que o usuário julgar necessário. Carvalho (apud Prefeitura Municipal de Garanhuns, 2007) ratifica essa idéia quando diz que “[...] boa parte da população quer que o PSF seja um posto de pronto atendimento, ou mesmo um ambulatório de pronto atendimento, onde existe a possibilidade de ser consultado a qualquer momento [...]”.

Outro fator incentivador dessa escolha ou opção diz respeito às tecnologias e recursos disponíveis nesses locais, capazes de dar respostas mais rápidas, resolutivas, oportunas e adequadas, considerando que reúnem um somatório de serviços, quais sejam, consultas, fornecimento de remédios, procedimentos de

enfermagem, exames laboratoriais e internações. Tais serviços nem sempre estão disponíveis nas unidades de saúde.

Nesse contexto, encaixa-se outra parte das entrevistadas (4/11), que procuram primeiramente o PA da Policlínica para resolver os seus problemas de saúde:

Primeiro, eu vou aqui na Policlínica.

Os motivos para procura dos serviços de saúde pelo usuário variam desde os fatores próprios de sua avaliação, como a identidade com o serviço, a qualidade do atendimento, as experiências prévias positivas, recomendações de familiares ou amigos e outros, até os fatores inerentes às dimensões do acesso, especialmente a funcional, no que se refere à tecnologia disponível, à resolutividade de atenção, ao acolhimento, à agilidade no atendimento, entre outros. Esses realmente são fatores determinantes da escolha, devido serem freqüentemente enumerados nos resultados de vários estudos sobre o sistema de saúde, entre eles os de Kovacs e outros (2005) e Marques e Lima (2007). Assim, para as duas entrevistadas restantes a procura por um ou outro desses serviços depende da situação, quer dizer, depende de o serviço estar organizado de modo a atender ao que precisa, no que se refere tanto a seu funcionamento como ao propósito de suas atividades de trabalho. Oliveira (2004, f. 119) enfatiza que “[...] algumas vezes o usuário demonstra que a sua escolha por essa ou aquela unidade de saúde não é nem mesmo uma questão de preferência, mas sim de oportunidade e de conveniência”.

Depende do horário, não é? Eu preciso de uma consulta, eu procuro o posto de saúde. Quando é um caso mais urgente, eu procuro o PA.

O referido discurso encontra similaridade no dizer de Barros (2007, f. 84), que afirma: “[...] a população aprende na relação com os serviços de saúde que é mais fácil procurar o atendimento na Emergência quando precisa ter uma solução para seu ‘problema’ de forma mais rápida ou de um determinado exame [...]”.

Vale ressaltar que, apesar de todas as entrevistadas contarem com USFs perto da sua residência, a escolha pelo serviço foi independente dessa proximidade, conforme o exposto. A distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde é uma das características do acesso geográfico, porém, segundo Adami (1993), isso não se constitui no principal determinante da sua escolha, uma vez que esse fato não garante o atendimento. Novamente Barros (2007, f. 84) confirma a idéia desse autor, quando diz que “[...] a Unidade de Saúde da Família responsável pelo território de sua residência não lhe garante atendimento quando não está agendada [...]”.

7.2.2 Portas de entrada: o Pronto Atendimento abrindo-se às necessidades de saúde

Por seu funcionamento ininterrupto, o PA configura-se como uma porta de entrada disponível para os usuários do sistema, independente de suas demandas, pois acolhe tanto os pacientes de urgência, quanto aqueles que apresentam quadros entendidos por tais e também pacientes desgarrados da Atenção Básica e especializada, além das urgências sociais (BRASIL, 2006a). Essas demandas superlotam as unidades de urgência de modo que comprometem a qualidade da assistência oferecida aos usuários.

Uma das situações de procura pelo PA identificada neste estudo diz respeito aos usuários não vinculados à Atenção Básica, os quais, de acordo com a maioria das entrevistadas (7/11), não procuram primeiramente a USF, porém quase todas, exceto duas, justificam de duas formas o porquê dessa atitude. A primeira delas refere-se ao fato de as unidades de saúde encaminharem os usuários para atendimento no PA da Policlínica. De acordo com Marques e Lima (2007), o modo de organização dos serviços de Atenção Básica prioriza o que está agendado, por isso os usuários são encaminhados informalmente aos serviços de urgências e emergências sempre que a demanda ultrapassa o programado ou não está contemplada pelo que é ofertado pelo serviço.

O discurso resultante das falas das entrevistadas (4/7) vem ao encontro do relatado acima e aponta que as USFs não estão favorecendo o acesso ao serviço por meio de um acolhimento e atendimento humanizado, uma vez que não fazem um primeiro contato com o usuário, atividade inerente à equipe de saúde da Atenção Básica.

Lá não adianta procurar, porque eles não atendem e mandam a gente vim direto para cá. Então, não adianta perder tempo e eu já nem vou lá.

O encaminhamento das unidades de saúde, formal ou informal, para os PAs também foi verificado em outros estudos, como os de Barros (2007) e Marques (2004), que reforçam que os serviços de Atenção Básica e secundária não estão estruturados para prestar atendimento nos casos agudos, encaminhando usuários para os serviços de PA.

Outro motivo alegado por uma entrevistada é falta de um atendimento imediato na unidade de saúde, isto é, o usuário não obtém resposta rápida para os seus problemas de saúde, que por vezes necessita que assim o seja. Tal relato remete à função do acolhimento, que precisa ser adotado nas práticas cotidianas das USFs como estratégia que possibilita um atendimento oportuno, adequado e resolutivo aos usuários. Esse discurso reforça a auto-avaliação como condutora da busca pelo atendimento curativo para os efeitos, em detrimento das causas que poderiam ser trabalhadas sob enfoque preventivo e promocional. Aponta ainda que a prática do acolhimento não está sendo efetiva no sentido de uma avaliação mais precisa em relação à demanda apresentada e, conseqüentemente, o encaminhamento mais apropriado.

Se eu for lá, vou ter que fazer ficha, não é? Marcar ainda para semana que vem, ou para o final da semana, quem sabe? E se precisar de eu resolver hoje, não vou poder.

Barros (2007, f. 86) enfatiza que a questão do tempo para se concretizar o atendimento é um dificultador já conhecido do usuário para acesso à Atenção

Básica, então ele “[...] procura, na maior parte das vezes, primeiramente, o serviço de emergência para encurtar caminho e tempo, quando avalia a necessidade de atendimento imediato de sua demanda [...]”. Em relação ao assunto, esse resultado foi também encontrado por Oliveira (2004) e Marques (2004).

É importante acrescentar que algumas das entrevistadas (4/11) que buscam o PA para ter o seu problema de saúde resolvido inicialmente procuram a unidade, porém não conseguem ser atendidas, ainda que insistam, retornando outras vezes, em outros horários, ou que se disponham a aguardar, mesmo sem a garantia de atendimento. Essa situação é sugestiva de que a recepção da USF define a entrada ou não dos usuários na ABS. Franco e Merhy (2003, p. 87) complementam que, dessa forma, “[...] certo número destes já são excluídos antes de entrarem, em face de uma dada organização do processo de trabalho que não permite uma ação acolhedora na entrada da Unidade [...]”.

Eu fui lá a semana passada na parte da manhã, a menina me informou que só ia ter atendimento pela parte da tarde. Conforme a demanda que tivesse eu seria atendida, era só chegar na hora. Então esperei, mas não consegui.

Nesse caso, a recepção do serviço de saúde é um espaço fundamental para o estabelecimento do acesso, do acolhimento e do vínculo desse serviço com o usuário. A esse setor é dada a prerrogativa da decisão, na maioria das vezes, de quem entra, quando entra e como entra no serviço, escudado pela crença de estar contribuindo para a organização do sistema. Para Oliveira (2004, f. 121), a recepção funciona “[...] mais como um espaço destinado à regular, disciplinar e ordenar a demanda [...]”. Desse modo, o usuário continua fazendo o percurso em que se sente atendido em suas necessidades e não aquele estabelecido pela organização do sistema.

7.2.3 Situações motivadoras da procura pelo Pronto Atendimento

As falas apontam que os usuários procuram o PA objetivando solucionar seus problemas de saúde, sejam eles urgentes, expressos pelas queixas agudas, ou não urgentes, representados por questões pontuais. Além disso, outro ponto apontado foi a busca por atendimento complementar ao recebido nas unidades de saúde, geralmente configurado pelos atendimentos médico e de enfermagem e também pelo serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

Como já relatado anteriormente, ainda persiste na população a busca por atendimento individual e de cunho curativo nos serviços de saúde para problemas tanto agudos como crônicos, tendo como perspectiva o alívio dos sintomas e, em consequência disso, a restituição da saúde. Nesse contexto, Degani (2002) complementa que os usuários têm preocupação com os sintomas que persistem por mais tempo do que esperam e, por causa disso, tendem a defini-los como de emergência, portanto consideram-se como necessitados de atendimento imediato por meio da consulta de PA nos serviços de saúde que a realizem. Complementa-se que, dentro dessa perspectiva, se encontram particularmente os serviços de urgência (PA) e de emergência (PS), como porta aberta para atender a essa demanda.

Desse modo, emerge deste estudo, de acordo com a maioria das entrevistadas (7/11), que a ida ao PA está condicionada às situações de urgência, assim entendidas mediante uma auto-avaliação, ou seja, deve-se ao fato de os usuários estarem passando mal, com limitações físicas, necessitando acessar o serviço de saúde que seja capaz de resolver o seu problema e fazê-lo recuperar sua vitalidade. Essa procura inicialmente é oportuna, considerando que o PA tem por propósito acolher os casos agudos que necessitam de atendimento imediato, presumindo que o não-atendimento possibilita o agravamento do quadro clínico ou pela própria gravidade do caso, o que torna necessária a consulta, a qual será direcionada às queixas apresentadas.

Só nas de emergências. Quando você precisa de uma medicação, um atendimento rápido, entendeu? Nos meus momentos mais difíceis, quando estiver passando muito mal mesmo, com muita febre, de madrugada ou de noite. Desde ontem, eu não estou quase conseguindo nem movimentar o braço, a febre demais, ruinzinho mesmo, não agüentando nada. Eu venho mais assim nessas horas, que se eu for lá no posto, não vai resolver, porque eles não cuidam disso e mandam para o PA, então eu venho direto aqui, não é?

Franco e Merhy (2003, p. 103) contribuem relatando que o grande desafio posto à ESF é de fato mudar o modelo assistencial, caracterizado então pela atenção centrada no usuário, contemplada também pela desburocratização do acesso, pois, apesar da importância que o atendimento às urgências tem para o usuário, esta questão não é central na agenda da equipe de saúde da família. Acrescentam ainda: “[...] os serviços que não conseguem criar esta agenda têm-se mostrado como de baixa credibilidade para os usuários [...]”. Assim, os depoimentos apontam para a necessidade de ampliar as ações das USFs no sentido da realização de primeiro atendimento também para os casos de urgências.

O achado desse estudo em relação à questão colocada é também compartilhado por outros estudos, como, por exemplo, os de Oliveira (2004) e Kovacs e outros (2005).

Segundo Franco e Merhy (2003), o vínculo tem sido considerado uma ferramenta extremamente importante como diretriz do modelo de atenção à saúde no que diz respeito à consolidação da referência de profissionais e dos serviços para com os usuários. Essa ligação entre as partes citadas se dará mais efetivamente pela continuidade da atenção, o que é possível pelo propósito da ESF. No entanto, os relatos são sugestivos do estabelecimento de vínculo do usuário com o serviço de PA, o qual, segundo Degani (2002), deveria ser apenas temporário ou de natureza episódica, uma vez que não possibilita uma relação personalizada e humanizada entre o usuário e o serviço.

Além disso, a procura pelo PA está condicionada à qualidade do atendimento, traduzida pelo acesso ao serviço em qualquer situação, seja de urgência ou não, fato que sugere a influência de estarem habituadas com a forma de organização do PA, cuja prática sanitária compreende o tratamento sintomático, característico do

modelo curativo e medicalizante ainda considerado como referência para a assistência à saúde, e também a qualquer hora, independente do tempo que decorra para ser efetivado o atendimento, se este representar ser bem atendida. Dessa forma é que algumas entrevistadas (4/11) caracterizam a procura pelo PA: gostam do atendimento que recebem.

De acordo com Ramos e Lima (2003, p. 30), o usuário desloca-se para buscar atendimento no serviço de saúde onde “[...] é bem recebido por uma equipe de profissionais que já conhece, onde teve experiências prévias bem sucedidas, e onde seu ingresso e permanência são facilitados, através de diversos mecanismos [...]”. O estudo de Assis, Villa e Nascimento (2003, p. 821) dá um significado que responde à questão na perspectiva da resolutividade e dos interesses do usuário, “[...] agente vai onde melhor atende”, que reafirma o discurso abaixo:

Eu estou acostumada a vir aqui assim, quando estou sentindo dor mais forte, e mesmo se não for urgência, eu venho porque é mais rápido o atendimento e qualquer horário que vim eles atendem na mesma hora. Demora uma hora, uma hora e meia, mas sou atendida, não é? Se for em um posto de saúde, vai ser difícil de ser atendida. Aqui, eu sou atendida muito bem.

No contexto do acolhimento, Barros (2007) também comunga tanto com o discurso acima, sobre a procura pelo PA em qualquer situação, quanto com o discurso abaixo, sobre a procura para complementação do atendimento inicial nas USFs, enfatizando que o modo como o usuário se sente acolhido nos serviços de urgência e emergência exerce influência no seu retorno e possibilita a efetivação do vínculo. Porém, alerta para a possível descontinuidade do cuidado, caso o usuário não seja encaminhado com garantia de acesso a um serviço apropriado, após os primeiros atendimentos que se fizerem necessários.

Desse modo, é importante rever como estão se dando na prática habilidades técnicas e relacionais para a aplicação do protocolo de acolhimento pelas USFs, uma vez que, do ponto de vista do usuário, o tempo para acesso ao atendimento na unidade de saúde é muito prolongado e sem garantia. Tal situação confirma-se em estudos, como os de Kovacs e outros (2005) e de Barros (2007).

Conforme citado, para a maioria das entrevistadas (6/11) a questão norteadora da procura pelo PA diz respeito a situações complementares, ou seja, as falas das entrevistadas justificam que procuram no PA o que não encontram nas USFs para atender suas demandas de saúde, inclusive classificadas por sua elas como de solução simples, pautadas no acesso à consulta médica e à terapêutica para curar o seu problema de saúde. Agregada a esse entendimento, encontra-se a insatisfação quanto à postura dos profissionais, os quais, sem realizar uma avaliação prévia do problema trazido, encaminham informalmente o usuário para o PA, sem certificar-se se essa é a conduta mais apropriada.

Marques e Lima (2007) também relatam em seu estudo que, no PA de um centro de saúde de grande porte, essa porta de urgência era utilizada frequentemente pela população não só para os casos agudos, como também de forma eletiva, para complementar os atendimentos realizados pelas UBSs e Unidades Especializadas. Relatam ainda que a utilização indevida, nos casos eletivos, descaracterizava a missão de atendimento de urgência, levando o usuário a justificar a sua necessidade para conseguir o atendimento desejado.

A situação colocada é sugestiva de que as USFs deveriam aplicar adequadamente o protocolo de acolhimento, bem como ser providas de recursos necessários para a garantia da resolubilidade. As falas também, de acordo com Ramos e Lima (2003, p. 30), apontam que “[...] o acesso ultrapassa a presença física dos recursos, dependendo muito mais da coerência do padrão tecnológico com o tipo de demandas da comunidade”.

Porque muitos vêm aqui? Porque lá não tem. Eu só vim aqui mesmo, porque eu não consegui atendimento lá, pois não tinha médico. Geralmente no balcão eles falam assim; Ah! a doutora está sobrecarregada de paciente, melhor você ir para Policlínica. E ainda não tem os remédios que eu preciso para curar o meu problema. Eu sou mais vim aqui, ficar o dia todo como eu passei hoje, do que ir no posto porque vou ter um melhor atendimento. Eu espero, não é?

Vale ressaltar que as UBSs perdem sua relevância e credibilidade ao não prestar à comunidade sob seus cuidados um atendimento vinculado, integral, humanizado e

resolutivo. E com isso continuam transferindo para outros serviços o que é de sua competência e responsabilidade e, concomitantemente, transferindo a credibilidade e confiança que poderiam ser suas por mérito.

7.2.4 Problemas de saúde e sua relação com a procura pelos serviços

Muitas vezes os usuários deixam de procurar respostas para os seus problemas nas unidades de saúde porque não conseguem o que buscam e, desse modo, passam a classificá-las como um serviço assistencial de difícil acesso, de baixa tecnologia e de menor qualificação. Tal entendimento os direcionam a ter preferência pelos serviços de maior densidade tecnológica, como os de emergência e urgência, principalmente os PAs, que ancoram as várias demandas não solucionadas na Atenção Básica, que, sob a perspectiva técnica, poderiam ser resolvidos nesse nível de atenção.

Pela fala das participantes, o fato de estarem passando mal, com sua capacidade física comprometida e por vezes com sintomas prolongados, foi o motivo da procura por atendimento no PA da Policlínica. Os problemas de saúde mais citados foram: dor em geral (de cabeça, no peito, de garganta, no corpo e no braço), febre, diarreia e prisão de ventre, tosse, feridas, queda, vômito, pressão alta e fraqueza.

É importante registrar que todos os problemas de saúde citados pelas entrevistadas como demanda de atendimento no PA são passíveis de atendimento ambulatorial, uma vez que fazem parte da lista de patologias estabelecidas a partir das principais queixas atendidas nas USFs para a implantação do Protocolo de Acolhimento pela SEMUS, a partir do ano de 2004 (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2004).

Outros estudos legitimam esses achados, como os de Dornas Júnior e Ferreira (2003), Kovacs e outros (2005), Barros (2007) e Marques e Lima (2007).

Esse pensamento também é externado pela maioria das entrevistadas (10/11), quando falam que esses problemas poderiam ser resolvidos nas USFs, caso lá houvesse o que elas precisam, ou seja, que a USF tivesse trabalhadores de saúde, recursos materiais e tecnológicos para o diagnóstico e tratamento oportuno e adequado. Essa situação também foi encontrada em outros estudos, como os de

Ramos e Lima (2003); Assis, Villa e Nascimento (2003), os quais apontam as mesmas dificuldades de acesso a consultas médicas e odontológicas, exames, medicamentos, procedimentos de enfermagem, entre outros. Então, quando a busca está focada nos serviços curativos, o que os usuários valorizam realmente é o resultado em relação à sua saúde.

Creio que sim, poderia sim cuidar lá, mas eu não consegui atendimento porque não tem médico. Então eles têm que ter médico para tudo, problema de falta de ar, bactéria no intestino e diarreia. Sendo uma coisa mais leve, se precisar tomar uma medicação, eles poderiam estar ministrando, não é? E lá ainda não tinha o remédio, raio X, essas coisas assim, que eu estava precisando. Então, eu não vou e não consulto lá. Tem nem explicação.

Salienta-se a preocupação pelo que provoca a inadequação técnica no atendimento à demanda, na qualidade da assistência tanto aos que de fato necessitam de atendimento de urgência, quanto aos que só recebem atendimento restrito à queixa principal, comprometendo assim a atenção integral ao usuário do sistema de saúde.

Em relação à frequência pela procura dos serviços no PA, foi constatada uma grande variabilidade, perpassando desde a utilização anual dos serviços até a frequência mensal, como é mostrada no Gráfico 3:

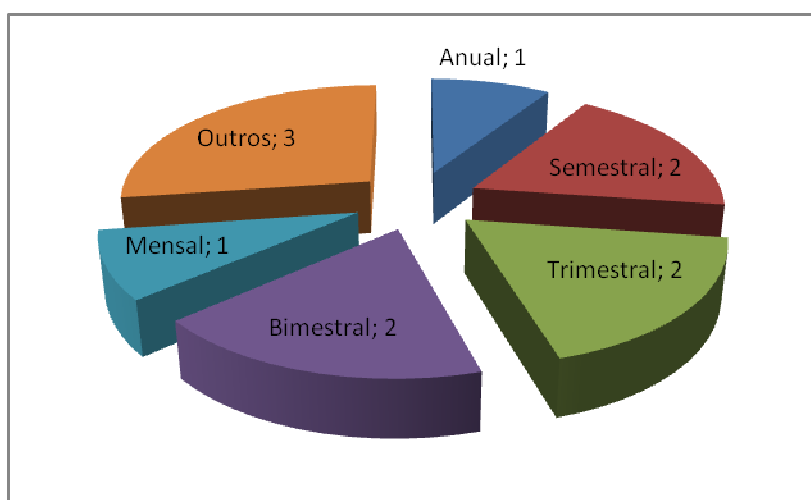


Gráfico 3 – Distribuição das entrevistadas quanto à frequência aos serviços do PA.

Cabe registrar que uma parte das entrevistadas declarou essa utilização em uma frequência que não se enquadra no padrão das citadas pelas demais. Entre estas, chama atenção a utilização do PA numa frequência quase diária, demonstrando o vínculo permanente estabelecido com esse serviço, o que contraria o vínculo apenas provisório cabível ao perfil dos serviços de PA, como pode ser verificado no discurso da entrevistada, quando inquirida sobre a frequência com que procura o PA:

Ah! De quinze em quinze dias. Às vezes, quando sinto muita dor de cabeça, venho toda semana, mais sábado e domingo. Quando meus filhos estão na escola eu posso vir todo dia.

A frequência ao serviço de PA está relacionada predominantemente com as consultas médicas de clínica geral e pediatria. A maioria delas diz respeito ao atendimento clínico. Encontram-se também situações de procura por atendimento odontológico. Conforme já colocado em toda a discussão dos resultados desta pesquisa, reafirma-se a manutenção do modelo médico e procedimento-centrado e ainda que a grande procura por consulta de clínica geral e pediatria demonstra a não-legitimidade, perante o usuário, do médico integrante da equipe saúde da família, pois como generalista poderia responder a essas demandas. A Tabela 2 mostra a situação relatada.

Tabela 2 – Distribuição dos serviços procurados no PA

ATENDIMENTO	N.º DE ENTREVISTADAS
Clínico exclusivo	7
Pediátrico exclusivo	1
Clínico, pediátrico e odontológico	2
Pediátrico e odontológico	1

Essa demanda por consulta clínica e pediátrica em serviços de urgência e emergência também foi encontrada em outros estudos, como os de Barros (2007), Oliveira (2004), Gomes (2007), Marques (2004) e Kovacs e outros (2005). Acredita-se que essa situação pode ser revertida, se houver também uma mudança na organização do processo de trabalho, a fim de tornar o serviço de saúde mais

acessível, e também na prática profissional, com maior responsabilização pelo usuário, estabelecimento de vínculo, acolhimento adequado e resolutividade às suas demandas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O município de Vitória adotou, desde 1998, a ESF como estratégia de reorientação não só da Atenção Básica, mas de todo o modelo de atenção à saúde. Após uma década da implantação das equipes de saúde da família na Região de Saúde de São Pedro, campo desta pesquisa, os relatos dos sujeitos demonstram um desconhecimento das diretrizes da ESF e, ainda, entendimentos diferenciados sobre as ações desenvolvidas pelas USFs. Relatam atividades preventivas, mas consideram que o foco principal é dado para as curativas, especialmente centradas no profissional médico e nos procedimentos decorrentes do seu processo de trabalho, reforçando o entendimento de que este é o modelo assistencial ainda hegemônico, fortemente presente na concepção de saúde como ausência de doença, e não na concepção ampliada de saúde, que contempla as ações preventivas e promocionais desenvolvidas pelo conhecimento multiprofissional de uma equipe de saúde.

Ressalta-se que os componentes da equipe de saúde não são reconhecidos de modo geral pelos usuários. Esse não reconhecimento deve-se à rotatividade dos profissionais das equipes. Tal rotatividade gera ainda uma insegurança nos usuários pela não-continuidade no acompanhamento dos seus problemas. No entanto, destaca-se a figura do ACS como articulador entre os serviços e as famílias. É considerável essa interlocução, porém conclui-se que suas ações prevalecem ainda nas questões administrativas em relação às demais, pertinentes à sua competência profissional, fortalecendo o modelo assistencial hegemônico.

Diante disso, é de fundamental importância reavaliar o processo de trabalho das equipes, visto que estas devem ter sua visão voltada para a integralidade da atenção, com responsabilização, tornando-se referência para os usuários e suas famílias ao estabelecer um vínculo afetivo, além do profissional, pelo acolhimento das necessidades dessa população nos vários momentos do seu ciclo de vida.

Outra questão importante é que a organização dos serviços deve dar-se de forma que garanta aos usuários a entrada no sistema de saúde e que esta seja facilitada pela flexibilização de outros pontos de atenção além das unidades básicas, eleitas como o primeiro contato para os problemas de saúde dos usuários, porém ainda não

suficientemente fortalecidas para desempenhar bem este papel, considerando que a burocracia do acesso tem sido o grande desafio a ser vencido pelos usuários. Cabe destacar que, de acordo com este estudo a dimensão funcional foi a mais comprometida no que diz respeito à disponibilidade tanto de recursos materiais como de profissionais da saúde.

No que concerne a organização das USFs da Região de Saúde de São Pedro, ficou claro nos discursos que esta não favorece a acessibilidade dos usuários, tendo em vista algumas dificuldades, tais como o número de vagas para consulta médica; problemas no agendamento de consultas; necessidade de longa permanência em filas para obter atendimento; falta de profissionais, especialmente médicos; horário inadequado de abertura da unidade e de marcação de consultas; tempo de espera para concretização do atendimento; e não-espço na agenda dos profissionais para as situações de intercorrências. Tudo isso demonstra que essas unidades, consideradas como porta de entrada principal para o sistema, na verdade estão colocadas como um entrave a ser transposto, pois têm transferido para outros serviços o que também lhes é de competência, como é o caso das situações imprevistas, que fazem parte do dia-a-dia dos usuários.

Para aprimorar esses serviços, é imprescindível que as USFs incluam nas suas agendas cotidianas o acolhimento das intercorrências clínicas ou situações de sofrimento não previstas, que precisam de solução imediata do ponto de vista de quem as sente e vive. Atender a essas demandas espontâneas significa dar respostas efetivas ao que a população de sua área de abrangência necessita, pois o fortalecimento da Atenção Básica por meio da ESF não tem alterado o cenário histórico de busca dos usuários do SUS por serviços de emergência e urgência, como os de PA. Reverter esse quadro significa a possibilidade de inversão da situação hoje instalada quanto aos serviços serem ou não legítimos para a população, isto é, as unidades de saúde trazerem para si a legitimidade e credibilidade conferida até então pelas pessoas aos serviços de urgência e emergência.

Ressalta-se a importância da resolutividade dos serviços de saúde, que, para os usuários, está muito mais associada ao acesso para a solução do seu problema de saúde do que ao perfil do serviço procurado, não importando para ele se o atendimento abrange apenas a queixa pontual e não a origem do problema. Assim,

a opção por um ou outro serviço de saúde está condicionada a elementos tanto facilitadores como dificultadores do acesso aos serviços, portanto não é uma questão de preferência, e sim de oportunidade e de conveniência. O mais importante para o usuário é conseguir atendimento para seu problema de saúde, de tal forma que fatores como a distância a percorrer, o tempo dispensado no serviço de saúde à espera do atendimento e o serviço a ser procurado não sejam impedimentos para alcançar o seu objetivo. Tais fatores significam resolutividade e satisfação no entender do usuário.

A resolutividade foi associada, assim, à maior disponibilidade e agilidade no atendimento prestado, fatores característicos dos serviços de PA. De um modo geral as USFs não são resolutivas, portanto necessitam provocar mudanças no seu processo de trabalho, disponibilizando ao usuário tecnologias apropriadas para dar respostas efetivas aos seus problemas de saúde.

Nesse cenário, encontra-se o PA como serviço de porta aberta 24 horas por dia e com maior suporte tecnológico, como um dispositivo para respostas imediatas a qualquer situação de desconforto ou sofrimento com que se depara o usuário. Sendo assim, esse é um serviço que tem elementos facilitadores do acesso ao sistema de saúde. Porém, cabe ressaltar a importância desse ponto de atenção como um serviço integrante da rede assistencial, capacitado para dar respostas às questões que extrapolem a competência do nível de complexidade da Atenção Básica. Portanto, precisa ser resgatado na atenção secundária o seu papel de suporte e fortalecimento da ESF.

Considera-se que, por meio da adequada organização do conjunto de serviços de saúde, a cada um deles será possibilitado aprimorar sua capacidade de atendimento e resolução dos problemas de grupos populacionais bem definidos, isto é, da população das áreas adscritas, de acordo com sua competência. Portanto, se cada um cumprir a sua parte e promover a integração, possivelmente ter-se-á como resultado promissor a integralidade da atenção à saúde, que deve ser vista como de responsabilidade do sistema de saúde como um todo.

Emergiram neste estudo importantes propostas operacionais para melhorar a organização dos serviços prestados pelas unidades de saúde, de forma a responder com atendimento qualificado ao que tem sido buscado em outros serviços. Destacaram-se a melhoria da infra-estrutura, a organização do processo de trabalho,

a qualificação dos profissionais e o estreitamento das relações entre estes e os usuários. Chama a atenção a proposta de estreitamento das relações pela importância que os usuários dão ao interesse que os serviços têm neles, mesmo não sendo do seu conhecimento que a boa acolhida a quem usa os serviços é uma diretriz institucionalizada para sua organização. Constata-se a necessidade de resgate na rotina diária dos profissionais de saúde, da prática de trabalho produzida de forma humanitária e solidária, em prol do respeito ao direito constitucional à saúde.

Acrescenta-se ainda que, quando os serviços estão mais bem organizados, isto é, apresentam infra-estrutura adequada, capacidade instalada, papéis bem definidos, processos de trabalho estabelecidos, proporcionam melhor relação dos profissionais com os serviços e com seus usuários, de forma que aqueles também possam sentir-se prestigiados e, portanto, satisfeitos com o sistema de saúde.

Na perspectiva do modelo centrado no usuário, objetivando a integralidade da atenção por meio de ações preventivas e promocionais além das curativas, promovidas por conhecimento multidisciplinar e por mudança nas práticas do trabalho em saúde, evidenciou-se a necessidade de garantir o acesso dos usuários ao sistema de saúde pelos seus mais variados pontos de entrada, capacitados para realizar o acolhimento e o atendimento da demanda apresentada, posteriormente conduzindo-a de modo adequado e oportuno ao território de saúde responsável para continuidade do cuidado ao longo do tempo.

Faz-se necessário complementar que é de fundamental importância e urgência estabelecer políticas públicas de saúde que desatem efetivamente um dos grandes nós críticos do sistema de saúde, o acesso aos seus serviços, especialmente por meio do diagnóstico da demanda recebida e do estabelecimento de prioridade das necessidades de saúde da população a serem atendidas e resolvidas, em todos os níveis de complexidade. Para tanto, há que se fortalecer a organização dos processos de trabalho do primeiro nível de atenção como norteador para a organização de toda a rede de atenção à saúde, buscando impactar positivamente na integralidade da atenção aos cidadãos.

Espera-se que esta pesquisa subsidie gestores e profissionais de saúde para a construção do SUS que se quer, expandindo o campo de participação e responsabilização da equipe de saúde da família pela co-gestão de seu processo de

trabalho, e, em relação aos usuários, ampliando seu acesso na perspectiva da universalidade, equidade, integralidade e participação social.

9 REFERÊNCIAS

ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES, M. D. C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 12, p. 233-242, 1996.

ADAMI, N. P. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, n. 12, p. 82-86, 1993.

ALEIXO, J. L. M. Atenção primária à saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 1-16, jan./jun. 2002.

ALMEIDA, E. S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. (Org.). **Gestão de serviços de saúde**: descentralização, municipalização do SUS. São Paulo: USP, 2001. p. 13-50.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 783-836.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.

BARBOZA, T. A. V.; FRACOLLI, L. A. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1.036-1.044, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, D. M. **Demanda de pronto-atendimento ao serviço de emergência de um hospital geral em um município coberto pela Estratégia de Saúde da Família**: o caso de Quissamã. 2007. 199 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária** – seminário do Conass para construção de consensos. Brasília, 2004. v. 2.

_____. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2003b.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. ed. rev. amp. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em 5 mar. 2007.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: 31 dez. 1990a. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm> Acesso em 5 abr. 2006.

BRASIL. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: 20 set. 1990a. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em 5 abr. 2006.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE cidades@**. Brasília, 2006d. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 12 jul. 2007.

_____. **PNAD Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio**. Brasília, 1998a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/sau/sb09_1.shtm>. Acesso em: 12 jul. 2007.

_____. **PNAD Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio**. Brasília, 2003a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/tab09.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, 2006a.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/96**. Publicada no Diário Oficial da União de 06/11/1996. Brasília, 1997.

_____. Portaria n.º 1.882/GM, de 18 de dezembro de 1997. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 22 dez. 1997b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 12 maio 2007.

_____. Portaria n.º 1.886/GM, de 18 de dezembro de 1997. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 22 dez. 1997a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 10 jul. 2006.

_____. Portaria n.º 267, de 6 de março de 2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 7 mar. 2001. Brasília, 2001. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 15 jun. 2007.

_____. Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 29 mar. 2006c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 15 jun. 2007.

_____. **Programa de Saúde da Família**: saúde dentro de casa. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da família**: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2. ed. Brasília, 1998b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB**: consolidado das famílias cadastradas. Brasília, 5 maio 2008.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

CANARIS, C. W. **Pensamento sistemático e conceito de sistema na ciência do direito**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1996.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JR., L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JR., L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p. 27-59.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

CECILIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes**: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: Educs, 2006. p. 37-50.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, p. 143-147, 2000. Número Especial.

COSTA, A. N.; NORONHA, J. C. Controle social na saúde: construindo a gestão participativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 358-363, 2003.

CRUZ, S. C. S. **Avaliação do processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família**: o caso de Resistência. 2007. 174 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2007.

DALLARI, S. G. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

DANTAS, A. Unidade provisória vira pesadelo para pacientes. **Notícia Agora**, Vitória, p. 3, 23 fev. 2007.

DE LAVOR, A. et al. A dívida com a atenção básica. **Radis Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 59, p. 12-17, 2007.

DEGANI, V. C. **A resolutividade dos problemas de saúde**: opinião de usuários em uma unidade básica de saúde. 2002. 201 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 71-104.

DIAS, F. J. Assim Vitória reorientou seu sistema de saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, ano 2, n. 5, p. 36-38, 2002. Edição Especial.

DORNAS JÚNIOR, G. ; FERREIRA, J. M. Informações de unidades de pronto atendimento: possibilidades de uso como sentinelas da atenção básica à saúde. **Informática Pública**, Belo Horizonte, v. 5, n. 1, p. 27-48, 2003.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JR., K. R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 59-76, 2002.

FONSECA, T. M. M. **Estudo etnográfico sobre o significado da Estratégia de Saúde da Família, atribuído por famílias do município de Vitória-ES**. 2003. 185 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

FORREST, C. B.; STARFIELD, B. Entry to primary care and continuity: the impact of access. In: STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002. p. 207-246.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E. E. et al. (Org.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 37-54.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. In: MERHY E. E. et al. (Org.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1.171-1.181, 2006.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.

GOMES, R. **Descentralizando o atendimento ao usuário do sistema de saúde do município de Volta Redonda-RJ como forma de melhorar a resolutividade da atenção básica**. 2007. 39 f. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

GONSALVES, E. M. B. **O processo de trabalho do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família: uma contribuição à construção do SUS**. 2005. 139 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

GOULART, F. A. Modelo assistencial em saúde: uma questão política. In: SEMINÁRIO SOBRE MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE, 1989, Rio de Janeiro. **O município e o Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Administração Municipal, 1990. p. 20-22.

GURGEL, P. A. de. **São Pedro, Vitória** – um exemplo para o mundo. Vitória: Contexto Jornalismo & Assessoria, 2004.

KOVACS, M. H. et al. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 3, p. 251-258, 2005.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. **Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social**. Brasília: Liber Livro, 2005b.

_____. **Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. 2. ed. Caxias do Sul/RS: Educs, 2005a.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos Saúde da Família**, Brasília, v. 1, n. 10, p. 3-9, 1996.

LIMA, R. C. D. **A enfermeira: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde**. 1998. 245 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas/SP, 1998.

LIMA, R. C. D. et al. O processo de cuidar na enfermagem: mudanças e tendências no mundo do trabalho. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 10, n. 2, p. 63-67, 2005.

MARQUES, G. Q. **Demandas do pronto atendimento e os processos de trabalho em serviços de porta aberta**. 2004. 131 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. de S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 13-19, 2007.

MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação**: um ensaio cartográfico do acolhimento. 2003. 186 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública do Departamento Materno-Infantil da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MELHORAR o atendimento na rede básica. **A Gazeta**, Vitória, p. 10, 11 jun. 2007.

MENDES, E. V. **A evolução histórica da prática médica**. Belo Horizonte: Fumarc, 1985.

_____. **Atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. **Os grandes dilemas do SUS**: tomo 1. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

_____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MERHY, E. E. **A saúde pública como política**: um estudo dos formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 116-160.

_____. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1998b.

_____. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis/RJ: Vozes, 1998a.

MONTENEGRO, J. V. S. et al. Vitória, o destino tomado nas mãos. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, ano 1, n. 3, p. 26-31, 2000.

OLIVEIRA, L. H. **Cidadãos peregrinos**, os usuários do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial: uma análise a partir de usuários do SUS no município de Juiz de Fora. 2004. 219 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **Previdência Social**: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco, 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Constitución de la organización mundial de la salud**. 2006. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2007.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2007.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**, Rio de Janeiro: Medsi, 1999a. p. 473-487.

_____. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, maio/ago. 2006.

_____. Políticas de descentralização e atenção à saúde. In: ROQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**, Rio de Janeiro: Medsi, 1999b. p. 489-503.

PASSAMINI, J. D. **Programa Saúde da Família em Jardim da Penha**: a construção do acesso em um território de classe média. 2006. 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. 268 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas/SP, 1998.

PREFEITURA MUNICIPAL DE GARANHUNS. **NASG tem seu atendimento prejudicado**. 2007. Disponível em: <http://www.garanhuns.pe.gov.br/noticias_manchetes.php?mostrar=noticiacompleta&id=9b34e333a2>. Acesso em: 10 maio 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. **Guia do investidor**. [s.d.]. Disponível em: <www.vitoria.es.gov.br/negocios/guia_investidor>. Acesso em: 12 jul. 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Acolhimento e avaliação inicial nas unidades de saúde**. Vitória, 2004.

_____. **Diagnóstico situacional da Região VI de Vigilância em Saúde – São Pedro**. Vitória, 1995.

_____. **Prestação de contas 4.º trimestre e consolidado 2007**. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/saude/home.asp>>. Acesso em: 1 maio 2008b.

_____. **Projeto de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde – SISS – na região de São Pedro**. Vitória, 2001b.

_____. **Relatório de gestão de 2000**. Vitória, 2001a.

_____. **Saúde da família: uma estratégia para o novo milênio**. Vitória, 1999.

_____. **Unidades de Saúde** - quadro demonstrativo populacional. Vitória, 16 jan. 2008a.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.

ROSA, W. de A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 1.027-1.034, 2005.

SCHWARTZ, G. Gestão compartilhada sanitária no Brasil: possibilidade de efetivação do direito à saúde. In: _____ (Org.) **A saúde sob os cuidados do direito**. Passo Fundo/RS: UPF, 2003. p. 108-162.

SILVA, D. F. **A estratégia da saúde da família em Cariacica**: múltiplos olhares. 2005. 164 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

SILVA, S. F. **Municipalização da saúde e poder local**: sujeitos, atores e políticas. São Paulo: Hucitec, 2001.

SILVA, V. C. **O processo de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória – ES**: contribuição à discussão da integralidade na atenção à saúde. 2004. 130 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

SOUZA, H. M. Estratégias para a organização da atenção básica no Brasil. In: REUNIÃO TÉCNICA DOS PÓLOS DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 2000, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p. 13-17.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-435, 1998.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 190-198, 2004. Suplemento 2.

VASCONCELOS, E. M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 6-19, 1999.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou ciente de que a mestranda Josilda Terezinha Bertuloso Ferreira está desenvolvendo um estudo que visa conhecer “A percepção do usuário sobre os fatores que o motivam a escolher o Pronto Atendimento da Policlínica São Pedro em detrimento das Unidades de Saúde da Família”, do qual estarei participando voluntariamente, fornecendo informações acerca de minhas experiências.

Fui esclarecido que só participarei se assim o desejar. Caso eu não queira participar não serei prejudicado de forma alguma. Inclusive poderei deixar de participar a qualquer momento, mesmo que tenha assinado este documento.

Fui esclarecido também de que haverá garantia de sigilo absoluto quanto à minha identidade e de que os dados serão analisados exclusivamente pela pesquisadora.

Autorizo a pesquisadora a utilizar os dados por mim fornecidos em sua dissertação de mestrado e em quaisquer publicações futuras.

Vitória, dede 20.....

Participante da Pesquisa
CPF
RG

Josilda Terezinha B. Ferreira
CPF 558.978.867-68
RG 410.958

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA

I – IDENTIFICAÇÃO

1. Entrevista número: _____. Sexo: _____. Idade: _____.
2. Em que bairro você mora e há quanto tempo? _____.
3. Nome: _____.

II – UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

1. Quando você precisa de atendimento ou fazer uma consulta, qual é o primeiro serviço que procura?
2. Já procurou esse(s) serviço(s) na unidade de saúde mais próxima da sua casa? Se sim, conseguiu? Se não, por quê?
3. Em que situação você acha que deveria procurar os serviços do Pronto Atendimento (PA)? Por que vem ao PA?
4. Qual o problema de saúde que te fez procurar o PA hoje?
5. Esse problema que o motivou a procurar o PA hoje poderia ser resolvido na Unidade de Saúde da Família? A ESF resolve os seus problemas de saúde e os da sua família?
6. Com que frequência você procura os serviços do PA? Qual(is) o(s) serviço(s) desse PA que você mais utiliza?

III – PERCEPÇÕES SOBRE A ESF

7. Você já ouviu falar sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF)? O que você sabe sobre a ESF?
8. Na unidade de saúde mais próxima da sua casa tem ESF? Fale um pouco sobre como ele funciona quando você precisa ser atendido(a).
9. Em sua opinião, o que acha que poderia melhorar?
10. Você e sua família estão cadastradas nesse programa? Se não, por quê?
11. Conhece a equipe de saúde responsável pelo atendimento a você e sua família? O que acha da atuação dela?

APÊNDICE C

INSTRUMENTO DE ANÁLISE DO DISCURSO 1 DA QUESTÃO N.º 7

7. O que você sabe sobre a ESF?

SUJEITO	EXPRESSÕES-CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
01	O Programa Saúde da Família, sobre o que eu estava dizendo, não é? Pessoas <u>com diabetes, se tem colesterol</u> fazer o acompanhamento médico, <u>se tratar direitinho, a comida balanceada</u> direitinho.	Faz acompanhamento médico para prevenção de doenças a grupos específicos (A)	No que é divulgado sobre ESF
02	Já vi falar <u>mas eu nunca, ah, participei não.</u>	Não sabe ou sabe pouco (C)	
03	Eu já ouvi falar, mas <u>eu não sei nada, porque a gente não vê.</u> Já falaram saúde da família, mais eu... Hum, não, a programação saúde da família, mas a gente não vê nada, <u>eu particularmente não vi nada.</u>	Não sabe ou sabe pouco (C)	
04	Programa Saúde da Família é para criança, não é? É mais <u>de criança</u> e para os <u>pais empregados</u> .	Faz acompanhamento médico para prevenção de doenças a grupos específicos (A)	Confunde a ESF com outros programas.
05	Ah, já ouvi falar que assim, <u>ia dar melhorias, o atendimento público, essas coisas assim.</u>	Mais melhorias no atendimento público (B)	
06	Ah, que <u>a gente vai lá agenda, não é? As consultas no posto</u> , para consultar.	Identifica a ESF somente com o profissional médico (D)	Organização da demanda.
07	<u>Eu só sei o que eles me falaram, não é? Que era para o médico que ia estar dando atendimento, fazendo acompanhamento para todos os integrantes da família.</u> <u>Eu sei que é um médico, não é? Que ele vai atender é, todas as necessidades da família. A família se cadastra, daí ele vai fazer esse acompanhamento. Eu fiquei sabendo que se necessário for, ele vai até em casa também para realização de alguma consulta, no caso se o paciente não tiver condições de estar indo ao posto.</u>	(1) Faz acompanhamento médico para prevenção de doenças a grupos específicos (A) (2) Identifica a ESF somente com o profissional médico (D)	Modelo biomédico.
08	Ah, eu ... O atendimento? É, <u>nem sei te dizer</u> aqui agora.	Não sabe ou sabe pouco (C)	
09	Olha, o programa de saúde, eu não conheço ele bem ainda, porque eu ainda não procurei esse programa.	Faz acompanhamento médico para prevenção de doenças a grupos	No que é divulgado sobre ESF

	<p>E o que é que você já ouviu falar?</p> <p><u>Que fazem o preventivo</u>, eles fazem <u>ultrasom da ... mama, entendeu? Tudo isso.</u></p>	<i>específicos (A)</i>	
10	<p>Que tem aquelas agentes que vai nas casas? É só mais para <u>pessoa idosa</u>, pessoa que está <u>acamada</u>.</p>	<i>Faz acompanhamento médico para prevenção de doenças a grupos específicos (A)</i>	<i>No que é divulgado sobre ESF</i>
11	<p>Ué, <u>já ouvi falar mas pouco, não é?</u> Porque é assim, <u>a agente de saúde</u> da gente, ela <u>não explica direitinho</u> a gente, porque logo que eu vim morar aqui, logo que o meu menino nasceu, fiz o cartão, só que até hoje meu cartão da família não veio.</p>	<i>Não sabe ou sabe pouco (C)</i>	

APÊNDICE D

INSTRUMENTO DE ANÁLISE DO DISCURSO 2 DA QUESTÃO N.º 7

7 - O que você sabe sobre a ESF?

Idéia Central A - Faz acompanhamento médico para prevenção de doenças a grupos específicos

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
<p>1- Pessoas <u>com diabetes. Se tem colesterol</u> fazer o acompanhamento médico, <u>se tratar direitinho, a comida balanceada</u></p> <p>4- É mais de <u>criança</u> e para os <u>pais empregados</u>.</p> <p>7- <u>Eu só sei o que eles me falaram, não é? Que era para o médico que ia estar dando atendimento, fazendo acompanhamento para todos os integrantes da família.</u></p> <p>9- Que fazem o <u>preventivo, ultrassom da ... mama, entendeu? Tudo isso.</u></p> <p>10- É só mais para <u>pessoa idosa</u>, pessoa que está <u>acamada</u>.</p>	<p>(S1, S4, S7, S9 e S10) <i>Eu só sei o que eles me falaram, não é? Que era para o médico que ia estar dando atendimento, fazendo preventivo, ultrassom da mama e acompanhamento para todos os integrantes da família, como criança, pais empregados, pessoa idosa, acamada e com diabetes. Assim, se tem colesterol se tratar direitinho, a comida balanceada. Tudo isso, entendeu?</i></p>

Idéia Central B - Mais melhorias no atendimento público

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
<p>5- <u>la dar melhorias, o atendimento público, essas coisas assim.</u></p>	<p>(S5) <i>la dar melhorias, o atendimento público, essas coisas assim.</i></p>

Idéia Central C - Não sabe ou sabe pouco

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
<p>2- Mas <u>eu nunca, ah, participei não.</u></p> <p>3- <u>Eu não sei nada, porque a gente não vê, eu particularmente não vi nada.</u></p> <p>8- <u>Nem sei te dizer.</u></p> <p>11- <u>Já ouvi falar, mas pouco não é? A agente de saúde não explica direitinho.</u></p>	<p>(S2, S3, S8 e S11) <i>Ah, eu nem sei te dizer, porque nunca participei não. Já ouvi falar, mas pouco, não é? A agente de saúde não explica direitinho, então não sei nada, porque a gente não vê, eu particularmente não vi nada.</i></p>

Idéia Central D - Identifica a ESF somente com o profissional médico.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
<p>6- Ah, que <u>a gente vai lá agenda, não é? As consultas no posto, para consultar.</u></p> <p>7- <u>Eu sei que é um médico, não é? Que ele vai atender é, todas as necessidades da família. A família se cadastra, daí ele vai</u></p>	<p>(S7) <i>Eu sei que é um médico, não é? Que ele vai atender todas as necessidades da família. A família se cadastra, daí ele vai fazer esse</i></p>

fazer esse acompanhamento. Eu fiquei sabendo que se necessário for, ele vai até em casa também para realização de alguma consulta, no caso se o paciente não tiver condições de estar indo ao posto.

acompanhamento. Eu fiquei sabendo que se necessário for, ele vai até em casa também para realização de alguma consulta, no caso se o paciente não tiver condições de estar indo ao posto.

(S6) Ah, a gente vai lá no posto e agenda as consultas, não é?

ANEXO A

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA